Die Beziehung von positiven und negativen Lebensereignissen zum Krankheitsverlauf von Patienten mit Anorexia nervosa und Zwangsneurose

Karin Werner-Eilert

Diss. Tübingen 1986

SC 336

Karin Werner-Eilert

Die Beziehung von positiven und negativen Lebensereignissen zum Krankheitsverlauf von Patienten mit Anorexia nervosa und Zwangsneurose

Dissertation
zur
Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Sozialwissenschaft
in der Fakultät
für Sozial- und Verhaltenswissenschaften
der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

1986

Gedruckt mit Genehmigung
der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften
der Universität Tübingen

Hauptberichterstatter: Prof. Dr. Dirk Revenstorf
Mitberichterstatter: Prof. Dr. Niels Birbaumer
Dekan: Prof. Dr. Doris Knab
Tag der mündlichen Prüfung: 27. Mai 1986

Profi Druck München

Dank

Zuerst möchte ich Herrn Professor Dr. D. von Zerssen meinen Dank aussprechen, der als wissenschaftlicher Leiter und Initiator der Katamnesen am Max-Planck-Institut für Psychiatrie die vorliegende Untersuchung ermöglichte.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Dr. N. Mai, der immer wieder Zeit für Diskussionen und Beratungen zur Verfügung stellte. Seine konstruktive Kritik und seine Verbesserungsvorschläge waren in den verschiedenen Phasen der Arbeit eine entscheidende Hilfe.

Programmiert wurde die Arbeit von Herrn H. Kunert, Herrn Faust und Herrn H. Cubasch.
Ich danke Herrn Kunert, der den größten Teil der Arbeit programmierte und dem es gelang, die Informationen des Life-Event-Interviews in einer Graphik pro Patient zusammenzufassen.
Herrn Cubasch danke ich für sein hilfsbereites Einspringen als die beiden anderen Programmierer ausfielen.

Ich danke Frau Borowietz und Frau Kaufmann für die Hilfe bei der Literatursuche. Herrn Brust, seinen Mitarbeitern und Patienten der Arbeitstherapie danke ich für Auszählarbeiten und die Erstellung von Graphiken.

Weiterhin gilt mein Dank den zahlreichen anderen Mitarbeitern, die im Rahmen ihrer Tätigkeit am Max-Planck-Institut bei der Durchführung der Katamnese mitgeholfen haben und durch Diskussion, Schreib- oder Sortierarbeiten am Verlauf der Untersuchung beteiligt waren.

Frau Emese Márton danke ich für das Schreiben der Vorform und Herrn Brendel für das Schreiben der Endfassung der Arbeit.

Mein persönlicher Dank gilt meinen Eltern und meinem Mann.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543903_0001

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einleitung	1
1. Überblick über Inhalt und Design in der Life-Event-Forschung	3
2. Instrumente in der Life-Event-Forschung	13
2.1 Die beiden bekanntesten Instrumente	13
2.1.1 Die Schedule of Recent Experience (Social Readjustment Rating Scale)	13
2.1.2 Kritik an der Social Readjustment Rating Scale (SRRS)	18
Zusammenfassung	21
2.1.3 Die Life-Event-Schedule	22
2.1.4 Kritik an der Life-Event-Schedule (LES)	25
Zusammenfassung	27
2.2 Andere Instrumente	28
2.3 Das eigene Instrument zur Erhebung von Lebensereignissen im Vergleich (Unter Berücksichtigung einzelner, in der Literatur kontroverser Aspekte)	29
2.3.1 Entscheidung zur Entwicklung eines eigenen Instrumentes	29
2.3.2 Verwendung einer Ereignisliste als Interviewleitfaden und das Problem der Selbstbeurteilungslisten	30
2.3.3 Datierung der Ereignisse und Kodierung der Symptomabhängigkeit	32
2.3.4 Vom Untersucher vorgegebene Ereignisparameter	33
2.3.5 Gewichtung	37
2.3.5.1 Objektive Gewichtung	37
2.3.5.2 Begründung der Entscheidung, schwerpunktmäßig die subjektive Gewichtung zu erheben	37
2.3.6 Die Positiv-Negativ-Dimension	41
3. Probleme und Ergebnisse der Life-Event-Forschung in der Psychiatrie	46
3.1 Probleme	46

3.2 Lebensereignisse vor Krankheitsbeginn 53

3.2.1 Verlustereignisse im Vorfeld der Depression 53
3.2.2 Vergleich der Lebensereignisse bei verschiedenen Formen affektiver Störungen 57
3.2.3 Lebensereignisse im Vorfeld der Schizophrenie 58
3.2.4 Die Ereignisrate bei verschiedenen psychiatrischen Diagnosen im Vergleich 61
3.2.5 Intervenierende Variablen zwischen Lebensereignissen und Krankheit 66
Zusammenfassung 69

3.3 Lebensereignisse in Verlaufsuntersuchungen 71

3.3.1 Überblick über das Vorgehen in Verlaufsuntersuchungen 71
3.3.2 Psychische Belastungen in der Normalbevölkerung und Untersuchungen bei gemischtpsychiatrischen Patienten 74
3.3.3 Affektive Störungen 80
3.3.4 Schizophrenien 86
3.3.5 Die Wirkung von Lebensereignissen und Medikamenten auf den Krankheitsverlauf 87
Zusammenfassung 90

4. Prädisponierende und auslösende Faktoren bei Patienten mit Anorexia nervosa und bei Patienten mit Zwangsneurosen 93

4.1 Anorexia nervosa 93

4.2 Zwangsneurose 105

4.3 Schlußfolgerungen für diese Untersuchung 112

5. Die Untersuchung zur Erfassung der Beziehung von positiven und negativen Lebensereignissen zum Krankheitsverlauf von Patienten mit Anorexia nervosa und Zwangsneurose 115

5.1 Ausgangssituation und Rahmenbedingungen der Untersuchung 115

5.1.1 Ausgangssituation 115
5.1.2 Überblick über die Katamneseuntersuchung 116
5.1.2.1 Hauptfragestellung der Katamnese 116
5.1.2.2 Instrumente 116
5.1.2.3 Durchführung 117

5.2 Ziele und Einschränkungen der Lebensereignisforschung im Rahmen einer Katamnese 118

5.3 Stichprobe und Erhebungszeitraum 120

5.3.1 Beschreibung der Stichprobe 120
5.3.2 Der Erhebungszeitraum 126

5.4 Erhebung der Daten 128

5.4.1 Erhebung des Symptomverlaufes 128
5.4.2 Erhebung der Lebensereignisse 130

5.5 Aufbereitung der Daten 131

5.5.1 Methodische Überlegungen 131
5.5.2 Patientenklassen: Einteilung der Symptomverläufe nach verschiedenen Faktoren 133
5.5.3 Ereignisklassen: Beschreibung der Ereignisparameter 139
5.5.4 Übersicht der Auswertungsschritte 144

5.6 Hypothesen 145

6. Ergebnisse 149

6.1 Graphische Darstellung der im Interview erhobenen Informationen 149

6.1.1 Einzelfalldarstellung 149
6.1.2 Beispiele für die Zuordnung der Symptomverläufe zu den Faktoren I bis IV 160

6.2 Häufigkeitsverteilungen 182

6.2.1 Die Verteilung der Patienten auf die verschiedenen Symptomverlaufsgruppen (Faktoren I bis IV) 182
6.2.2 Die Anzahl der Ereignisse bezogen auf die Anzahl der Patienten 187
6.2.3 Die subjektiv erlebte Dauer der Ereignisse 187
6.2.4 Die Anzahl symptombedingter Ereignisse 190

6.3 Zusammenhänge zwischen Ereignissen und Symptomatik 192

6.3.1 Die Relation von positiven zu negativen Ereignissen in Beziehung zur Symptomatik 192
Zusammenfassung 200
6.3.2 Die Bedeutung einzelner Ereignisparameter 201
6.3.2.1 Die Anzahl negativer Ereignisse in Beziehung zur Symptomatik 205
6.3.2.2 Die Anzahl positiver Ereignisse in Beziehung zur Symptomatik 209
6.3.2.3 Die Differenz zwischen positiven und negativen Ereignissen in Bezug zur Symptomatik 212

6.3.2.4 Die Gesamtanzahl der Ereignisse in Beziehung zur Symptomatik 213

6.3.3 Gibt es Hinweise über die Richtung der Beziehung zwischen Lebensereignissen und dem Krankheitsverlauf? 218

Zusammenfassung 220

6.4 Darstellung der Ereignisinhalte 223

6.4.1 Verlust-Gewinn-Ereignisse und Ereignisse verschiedener Lebensbereiche in Beziehung zur Symptomatik 223

6.4.2 Deskriptiver Teil: Beschreibung der Ereignisse nach Diagnosegruppen getrennt 224

6.4.2.1 Häufige Ereignisse bei Patienten mit Anorexia nervosa 224

6.4.2.2 Häufige Ereignisse bei Patienten mit Zwangsneurosen 230

6.4.2.3 Geschlechtsunterschiede in der Verteilung der Lebensereignisse bei Patienten mit Zwangsneurosen 236

Zusammenfassung 239

6.5 Zusatzfrage: Die Bedeutung verschiedener Lebensbereiche in der subjektiven Wertehierarchie der Patienten 241

Diskussion 243

Literaturverzeichnis 253

Einleitung

Die vorliegende Untersuchung entstand als Teilfragestellung im Rahmen einer Katamnese, die am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München durchgeführt wurde. Ziel der Gesamtuntersuchung war außer der Prüfung des Gesundheitszustandes der Patienten durchschnittlich 4 1/2 Jahre nach stationärer Behandlung die Feststellung von potentiellen Einflußfaktoren auf den Krankheitsverlauf.

Das Konzept der Lebensereignisforschung bietet sich für diese Fragestellung an, da die Life-Event-Forschung den Anspruch erhebt, krankheitsauslösende oder idealerweise krankheitsverursachende Faktoren zu ermitteln. Häufungen streßreicher Ereignisse wie beispielsweise Veränderungen der Alltagsroutine, Rollen- und Statusveränderungen wurden bereits als Einflußgrößen im Vorfeld psychiatrischer Erkrankungen von verschiedenen Life-Event-Forschern bestätigt (u.a. Brown, Birley 1968, 1972; Paykel et al. 1969; Paykel 1974; Cooper und Sylph 1973; Myers et al. 1972).

Dagegen werden Maße, wie sie in der epidemiologischen Forschung üblich sind, zunehmend als aussagekräftige Prädiktoren für Krankheit in Zweifel gezogen (Hough, Fairbank und Garcia 1976; Rabkin und Struening 1976; Vinokur und Selzer 1975).

Das Bemühen der Lebensereignisforschung gilt der Ermittlung von Zusammenhängen zwischen spezifischen, definierten Alltagsproblemen oder Ereignismerkmalen einerseits und dem Ausbruch von körperlichen sowie psychischen Erkrankungen andererseits.

Bisher wurde selten der Versuch gemacht, Ergebnisse der Lebensereignisforschung für psychiatrische Verlaufsuntersuchungen nutzbar zu machen, obwohl der klinische Eindruck einen Zusammenhang zwischen verschiedenen Um

weltbedingungen oder Ereignissen und unterschiedlichen Krankheitsverläufen nahelegt.
Ziel der vorliegenden Arbeit ist es herauszufinden, ob die in der sogenannten "Onset-Forschung" gefundenen Zusammenhänge zwischen Lebensereignissen und dem Ausbruch einer Krankheit auch für Verlaufsuntersuchungen Gültigkeit haben. Insbesondere soll versucht werden, einen Beitrag zur Klärung der Bedeutung positiver und negativer Ereignisse für den Krankheitsverlauf von Patienten mit Anorexia nervosa und Zwangsneurosen zu leisten, wobei zu berücksichtigen ist, daß die vorliegende Untersuchung als Teilfragestellung einer Katamnese methodisch und inhaltlich Einschränkungen unterworfen ist, die sich aus der Gesamtkonzeption der Untersuchung ergeben.

Es ist beabsichtigt, verschiedene Ereignismerkmale isoliert und zu Ereigniskonstellationen kombiniert in Beziehung zu unterschiedlichen Symptomverlaufstypen zu setzen mit dem Ziel, den relativen Anteil dieser Merkmale an den Folgeeffekten zu bestimmen. Im Mittelpunkt des Interesses steht die subjektiv erlebte Qualität eines Ereignisses, ausgedrückt in der Anzahl und Dauer positiver und negativer Ereignisse, denen vier verschiedene Sortierungen der Symptomverläufe gegenübergestellt werden. Darüber hinaus interessiert der Einfluß der Symptomatik auf die Auslösung von Ereignissen und die Bedeutung chronischer Belastungen für die Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen.

1. Überblick über Inhalt und Design in der Life-Event-Forschung

Das zentrale Thema der Lebensereignisforschung ist die Frage nach Art und Ausmaß der Beeinflussung menschlichen Verhaltens und Erlebens sowie der Gesundheit durch alltägliche Ereignisse und Veränderungen im Leben.
Die Fragestellung ist nicht neu. Die Abhängigkeit menschlichen Wohlbefindens von erfreulichen Ereignissen bzw. die Auslösung von Mißbehagen durch unerfreuliche Ereignisse und Erlebnisse ist ebenso Bestandteil allgemeiner Erfahrung wie verschiedener medizinischer und psychologischer Theorien.
Was also ist das Spezifische dieser Forschungsrichtung und wodurch ist der große Widerhall und die Flut von Publikationen zu diesem Thema zu erklären?
Dazu beigetragen haben mögen das zunehmende Interesse an den Auswirkungen von Streß auf die Gesundheit ebenso wie das ständig wachsende Bemühen der Wissenschaft, auch komplexe Bedingungen menschlichen Verhaltens und Erlebens in seiner natürlichen Umgebung meßbar zu machen. Die Künstlichkeit des Laborexperimentes, bei dem unabhängige Variablen gezielt manipuliert und störende Variablen ausgeschaltet werden können, seien - so Katschnig (1980) - nicht auf die reale Alltagssituation übertragbar.

Das Ziel der Lebensereignisforschung ist der Versuch, korrelative und idealerweise kausale Zusammenhänge zwischen soziokulturellen Variablen und Häufigkeitsmaßen für Verhaltensstörungen bzw. Krankheiten zu ermitteln.
Die Life-Event-Forscher versprechen sich jedoch von so globalen Kategorien, wie sie in der Epidemiologie verwendet werden - z.B. soziale Schicht und Mobilität - keinen großen Erkenntnisgewinn und ziehen es deshalb vor, spezifische (belastende) Lebenssituationen zu erfassen,

denen jeder Mensch im Laufe seines Lebens mehr oder weniger ausgesetzt ist. (Keupp, mündliche Mitteilung)

Im Blickpunkt stehen weniger historische und gesellschaftliche Ereignisse und Katastrophen wie Kriege, Internierung im Konzentrationslager, Emigration oder Erdbeben und Überschwemmungen, sondern meistens Ereignisse des Alltagslebens, die besser als Markierungen, Sprünge, Einschnitte und Veränderungen der gewohnten Lebensroutine zu bezeichnen sind wie Rollen-, Statusveränderungen, z.B. durch Heirat, Scheidung und Berufswechsel oder entwicklungsbedingte Veränderungen der Lebensgewohnheiten wie Ende der Ausbildung, Auszug aus dem Elternhaus, Beginn der Berufstätigkeit, Ruhestand und individuelle Schicksalsschläge wie Unfall, Krankheit, Todesfälle.

Leider gibt es bis jetzt noch keine Zuordnungsregeln, nach denen Lebensereignisse aus dem Spektrum aller möglichen Ereigisse für konkrete Fragestellungen mit speziellen Stichproben ausgewählt werden können, ebensowenig wie Klassifikationsmerkmale oder Definitionen, die es ermöglichen, ein "alltägliches" Ereignis von einem "alltäglichen kritischen" Lebensereignis zu trennen.

Bei der Zusammenstellung ihrer Ereignislisten berufen sich Holmes und Rahe auf klinische Voruntersuchungen, Paykel auf die klinische Erfahrung und Brown auf den gesunden Menschenverstand (siehe Paykel Liste und Holmes/Rahe Liste als Beispiele im Anhang B).

Kritische Lebensereignisse scheinen das zu sein, was die Ereignislisten erfassen. Wenn man die verschiedenen Ereignislisten betrachtet, so zeigt sich ein erstaunlicher Konsensus zwischen den Forschern in der inhaltlichen Auswahl ihrer Items trotz unterschiedlicher Definitionen.

Holmes und Rahe (1967) definieren streßreiche Ereignisse als signifikante Veränderungen im fortlaufenden Lebensgefüge eines Individuums, Myers et al. (1972) als Erfahrungen, die eine Rollenveränderung, Veränderungen im Status oder Umgebungsveränderungen beinhalten. Für Anatovsky und Kats (1967) sind streßreiche Ereignisse objektive Situationen, die entweder schmerzvolle Erfahrungen oder Rollentransformationen aufweisen. Brown und Birley (1968) erkennen Ereignisse als streßreich an, wenn sie - nach dem "common sense" beurteilt - vermutlich bei der Mehrzahl der Menschen, die sie erleben, emotionale Störungen hervorrufen können; dazu gehören bedeutende Erfahrungen, Enttäuschungen, gesundheitliche Veränderungen, Status- oder Lebensveränderungen und Unfälle oder allgemeine Gefahrensituationen. Nach Dohrenwend und Dohrenwend (1974) scheint der Schwerpunkt aller Definitionen in dem Aspekt der Veränderung der gewohnten Aktivitäten zu liegen.
Akkumulationen dieser Ereignisse innerhalb bestimmter Zeiträume stehen, so eine Grundannahme der Ereignisforschung, in signifikantem Auslösungsverhältnis zu gesundheitlichen Veränderungen.

Während frühere Untersuchungen hauptsächlich den Zusammenhang zwischen der Häufung kritischer Ereignisse und dem Ausbruch von Erkrankungen zu bestätigen versuchten, gilt heute das Forschungsinteresse weniger dieser als hinreichend bewiesen angesehenen These (Rahe u. Arthur 1978; Tennant u. Andrews 1976), als mehr der Frage, welche Eigenschaften und Bedingungen der Ereignisse für den beobachteten Effekt verantwortlich sind.
Die zugrundeliegende Wirkung dieses Zusammenhanges wird jedoch noch kontrovers diskutiert. Eine der häufigst vertretenen Meinungen (begründet von der Forschungsgruppe um Holmes/Rahe) geht davon aus, daß veränderte Lebensbedingungen gewohnte Handlungsabläufe stören, unterbrechen

oder überflüssig machen und deshalb vom Betroffenen Umdenken, Neuorientierung und Lernprozesse verlangen, um eine Anpassung an die neuen Bedingungen zu leisten. (vgl. auch homöostatisches Modell von Danish 1977; Balancemodell von Riegel 1975)
Durch Häufungen von lebensverändernden Ereignissen wird die Fähigkeit zur Anpassung überstrapaziert. Die geforderte Umorientierung im Denken und Handeln kann nicht mehr bewältigt werden und der Organismus reagiert mit körperlicher und psychischer Dekompensation ähnlich dem Streßkonzept von Selye (1956) bei dem auf den erfolglosen Einsatz aller körperlichen Abwehrmaßnahmen der Zusammenbruch des Organismus folgt. Dementsprechend sieht die Forschungsgruppe um Holmes/Rahe (1967) in der Menge der aufgetretenen Ereignisse und der damit verbundenen Anpassungsleistung an die veränderten Umweltbedingungen die Ursachen für den pathogenen Effekt, während andere Forscher wie Brown, Birley, Paykel u.a. annehmen, daß das eigentliche Bindeglied zwischen Lebensereignissen und Krankheit das Ausmaß der erlebten Bedrohlichkeit (Brown 1974) bzw. Beunruhigung (Paykel und Mitarbeiter 1971) ist.

Untersuchungen von Mueller et al. (1977), die sich mit diesen konkurrierenden Annahmen auseinandersetzten, bestätigen die Erwünschtheit bzw. Bedrohlichkeit als das Charakteristikum der Lebensereignisse, das es in Zukunft zu messen gilt. (vgl. auch Gersten et al. 1977)

Der interessante Aspekt, daß Lebensereignisse unter entwicklungspsychologischer Perspektive nicht nur pathogen sind, sondern eine notwendige Voraussetzung für entwicklungsgemäßen Wandel bedeuten und wesentlich zum persönlichen Wachstum beitragen, bleibt weitgehend unberücksichtigt. (Montada 1981)
In dem Maße, in dem kritische Lebensereignisse terminologisch synonym mit streßreichen Ereignissen Verwendung

finden, werden sie als vornehmlich aus der Umwelt kommend betrachtet, d.h. als von außen auf die Person einwirkende Kräfte. (vgl. Filipp 1981)

Personenvariablen bleiben bei dieser Konzeption von Lebensereignissen unberücksichtigt und finden erst mit dem Bemühen um Überwindung des Theoriedefizits in der Life-Event-Forschung (vgl. Katschnig 1980) und dem Versuch, differenziertere Aussagen über die Art des beobachteten Zusammenhangs zu machen, neue Aufmerksamkeit. (Dressler et al. 1976; Knapp 1979)
So untersuchten Brown und Harris (1978) den Einfluß von Kindheitserfahrungen und Tyson (1981) unter anderen die vermittelnde Rolle von internaler versus externaler Kontrolle auf die Wirkung von Ereignissen. (vgl. auch Johnson und Sarason 1978)

Erkennt man die Person als aktiven Teil in einem komplexen Geschehen, die nicht nur Ereignisse passiv erleidet, sondern auch Ereignisse provozieren oder auslösen kann, so muß man auch bei der Analyse der Wirkung von Ereignissen die differentielle Wahrnehmung und Bewertung verschiedener Personen mit unterschiedlicher Lernerfahrung, unterschiedlichem Handlungsrepertoire, unterschiedlicher Antizipation und Kontrolle von Ereignissen berücksichtigen. (Filipp 1981)

Filipp fordert in ihrem Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse außer der Berücksichtigung von Personenmerkmalen die Einbeziehung von Antezedenzmerkmalen (Art und Qualität der Bewältigung früherer Ereignisse), Kontextmerkmalen (gesellschaftliche wie private Umweltbedingungen), Ereignismerkmalen (Klassifizierung und Differenzierung unterschiedlicher Ereignisparameter), Prozeßmerkmalen und Konsequenzmerkmalen.

Die für die Ereignisforschung neu zu formulierende Grundfragestellung, die es zu beantworten gilt, lautet dann nach Filipp konsequent wie folgt: "... wie kritische ... Lebensereignisse in individuelles Erleben und Verhalten transformiert werden, welche Formen der Auseinandersetzung und Bewältigung von kritischen Lebensereignissen erkennbar sind, in welchem Ausmaß diese zwischen Menschen und über Ereignisse und Situationen hinweg variieren und welche Effekte unterschiedlicher zeitlicher Erstreckung die Konfrontation mit kritischen Lebensereignissen unter den je gegebenen Bedingungen besitzt. Ein wesentlicher Aspekt hierbei ist es, kritische Lebensereignisse selbst konzeptuell zu präzisieren und Operationen zur Erfassung ihrer wesentlichen Parameter zu entwickeln."
Der Realisierung dieses komplexen Vorhabens stehen jedoch eine Reihe methodischer Probleme entgegen, die wohl auch erst in zukünftiger Forschung in Form von Teilzielen bearbeitet werden können.

Das typische Design der gegenwärtigen Lebensereignisforschung ist demgegenüber vergleichsweise sehr viel anspruchsloser. Es basiert im Gegensatz zu dem Modell von Filipp auf der Forderung, die objektive Belastung eines Menschen durch lebensverändernde Ereignisse in standardisierter Form zu erfassen. Bei der Datenerhebung soll eine klare Trennung zwischen dem äußeren Stressor und dem inneren Streßzustand eingehalten werden.

Die äußeren Stressoren sind die Lebensereignisse, die wie eine unabhängige Variable behandelt werden und deren Wirkung auf die abhängige Variable, psychische Störung oder körperliche Erkrankung, untersucht werden, wobei ein großer Teil methodischer Bemühung darin besteht, die subjektive Wahrnehmung und Bewertung des Ereignisses durch den Betreffenden auszuschalten.
Voraussetzung dieses Vorgehens ist jedoch die eindeutige

Trennung beider Variablen. Lebensereignisse müssen eindeutig vor Krankheitsbeginn datierbar sein, um die Richtung der Beziehung von Ereignissen und Krankheit bestimmen zu können. Es geht also nicht um den bloßen Zusammenhang beider Variablen, sondern darum, auszuschließen, daß Krankheitsfaktoren Auslöser für Ereignisse sind.

Zielgruppen der Ereignisforschung sind meist Patienten mit einer körperlichen oder psychischen Erkrankung, wobei das Spektrum der untersuchten Erkrankungen von Herzerkrankungen wie Herzinfarkt und plötzlichem Herztod (Rahe und Lind 1971; Rahe und Paasikivi 1971; Theorell und Rahe 1971; Edwards 1971), Frakturen (Tollefson 1972), Leukämie (Wold 1968) und Krebserkrankungen, Diabetes mellitus, rheumatische Arthritis, Ulcusrezidiven (Siegrist 1980) bis zu verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen wie Depressionen, Schizophrenien und Suiziden (Überblicksartikel Cooper 1980) reicht.

Lebensereignisse werden trotz gravierender Einwände gegen diese Methode in mehr als 80 % der Studien retrospektiv erhoben (Hull 1977), da sich genügend große Fallzahlen speziell interessierender Erkrankungen in prospektiven Studien nicht gewinnen lassen. (Katschnig 1980)

Der Erhebungszeitraum erstreckt sich auf einen relativ kurzen Zeitraum vor Krankheitsausbruch, da kurzfristige Wirkungen von Umweltfaktoren auf die Auslösung von Krankheiten untersucht werden und weniger langfristige Folgen von Lebensereignissen. Die untersuchte Zeitspanne beträgt meistens 6 Monate, gelegentlich ein, selten mehrere Jahre.

Für diesen vorher definierten Erhebungszeitraum werden die als relevant erachteten Ereignisse pro Person festgestellt. Dies erfolgt mit Hilfe von Ereignislisten, die meist dem Probanden oder den Angehörigen zur Selbstbeur-

teilung vorgelegt werden.
Teilweise dienen diese Listen als Leitfaden für ein Interview, seltener wird ein Interview ohne Vorgabe definierter Ereignisse durchgeführt, wie beispielsweise bei der Forschungsgruppe um Brown. Die Ereignislisten beinhalten eine unterschiedliche Anzahl von Items. Die bisher häufigst verwendete Liste ist die von Holmes und Rahe (1967); sie umfaßt 42 Ereignisse. (siehe Anhang B)

Inhaltlich wird die Auswahl der Items teilweise auf die zu untersuchende Population abgestimmt. Die Durchsicht der verwendeten Instrumente zeigt jedoch eine große Übereinstimmung in der Mehrzahl der Ereignisse.
Die zeitliche Lokalisierung der Ereignisse erfolgt entweder durch genaue Datierung der Ereignisse und nachträglicher Zusammenfassung in Intervallen oder sie werden von vornherein auf Monatsebene oder in Intervallen von beispielsweise 3 oder 6 Monatseinheiten erfaßt.
Im einfachsten Fall wird die Summe der aufgetretenen Ereignisse pro Person in dem entsprechenden Erhebungszeitraum als Maß für die individuelle Belastung gewählt, wobei das Ausmaß der Belastung mit der Anzahl der aufgetretenen Ereignisse steigt. (z.B. Paykel et al. 1969, 1980; Brown und Birley 1968, 1970)

Da man jedoch nicht davon ausgehen kann, daß verschiedene Ereignisse gleichwertig sind, bedeutet dies je nach Konzept, daß die Ereignisse entweder unterschiedlich schwerwiegend, belastend, bedrohlich, beunruhigend sind oder eine unterschiedliche Anpassungsleistung erfordern.
Um der unterschiedlichen Bedeutung der einzelnen Ereignisse zu entsprechen, werden ihnen verschiedene Gewichtungen zugeordnet. Die Zuordnungsregeln für die Intensität des Einzelereignisses variieren bei den verschiedenen Methoden und reichen von fest zugeordneten Normwerten pro Ereignis (Holmes/Rahe) über variable Zuordnungen aufgrund

von Kontextbedingungen auf der Basis von Gruppennormen des Interviewerteams (Brown) bis hin zu subjektiven Bewertungen des Ereignisses durch den Betroffenen. Das Streßmaß der einzelnen Personen durch belastende Ereignisse wird errechnet durch Addition aller Intensitätsmaße; der Mittelwert der Belastungswerte sämtlicher Personen ergibt eine Kennziffer für die gesamte Untersuchungsgruppe.
Brown verwendet anstelle des Additionsverfahrens das Schwellenprinzip, bei dem bereits das Auftreten eines Ereignisses mit einem bestimmten Schweregrad innerhalb des definierten Zeitraumes genügt, um die betroffene Person als belastet zu werten.
Die Gruppenkennziffer entspricht bei dieser Methode dem Prozentsatz der Personen, die mindestens ein belastendes Ereignis erlebt haben.

Die Gesamtbelastung der Untersuchungsgruppe wird also in einer einzigen Maßzahl zusammengefaßt und bietet somit ein einfach zu handhabendes Maß für weitere statistische Vergleiche.
Meist wird die durchschnittliche Streßbelastung der Untersuchungsgruppe mit dem Ausmaß der nach gleichen Kriterien gewonnenen Durchschnittsbelastung einer Kontrollgruppe aus der gesunden Bevölkerung verglichen.
Die Verwendung von Patienten mit körperlichen Krankheiten als Kontrollgruppe für Patienten mit psychischen Störungen führte in früheren Untersuchungen zu der irrtümlichen Annahme, daß es keine Beziehung zwischen der Belastung durch Lebensereignisse und psychischer Erkrankung gäbe.

Rahe und Arthur (1978) stellen fest, daß bei den unterschiedlichsten Krankheitsbildern (auch bei unterschiedlichen Methoden) im allgemeinen ein positiver Zusammenhang zwischen lebensverändernden Ereignissen und dem

Krankheitsausbruch festgestellt worden sei.
Worauf dieser Effekt im einzelnen beruht, bleibt ungeklärt.

Katschnig (1980) konnte zeigen, daß beim Vergleich der Schedule of Recent Experience (Holmes/Rahe, 1967) mit der Londoner Life-Event-Schedule (Brown 1974) an ein- und derselben Population eine hohe Übereinstimmung der Ergebnisse auf Gruppenebene zu erzielen war. (Anstieg der Lebensereignisse kurz vor dem Selbstmordversuch.)
Eine Analyse der Ergebnisse auf intraindividueller Ebene zeigte jedoch, daß sich hinter dem Gruppenscore extrem unterschiedliche individuelle Verläufe verbergen und daß darüber hinaus bei jeder Methode jeweils unterschiedliche Personen für den Anstieg des Gruppenscores verantwortlich sind.
Zusätzlich konnte gezeigt werden, daß bei einem Drittel der untersuchten Patienten kein Anstieg, sondern im Gegenteil eine Abnahme der Häufigkeit der Lebensereignisse kurz vor dem Selbstmordversuch auftrat.
Dieses Ergebnis zeigt, wie wichtig es ist, herauszufinden, unter welchen Bedingungen lebensverändernde Ereignisse zur Krankheitsentstehung beitragen und unter welchen Bedingungen Menschen Krisen und Lebensveränderungen bewältigen, ohne zu erkranken.
Hierbei sind Gruppenscores allein nicht sehr hilfreich. Es sollte statt dessen zusätzlich Aufmerksamkeit individuellen Verläufen und der inhaltlichen Definition einzelner Ereignisse gewidmet werden; ebenso der Identifizierung verschiedener Ereignischarakteristika sowie Personen- und Umweltvariablen.

2. Instrumente in der Life-Event-Forschung

2.1 Die beiden bekanntesten Instrumente

Nach einem allgemeinen Überblick über Thema und Design der Life-Event-Forschung sollen nun die beiden bekanntesten Instrumente dargestellt werden, die Grundlage für alle anderen Instrumente wurden und die den Anspruch haben, die objektive Belastung eines Menschen durch lebensverändernde Ereignisse in standardisierter Form zu erfassen. Beide Instrumente sind sehr unterschiedlich. Die Schedule of Recent Experience ist eine 43 Items umfassende Selbstbeurteilungsskala mit einem Erhebungszeitaufwand von 5-10 Minuten. Die Londoner Life-Event-Schedule erfordert ein ca. 6stündiges Interview und die Kenntnis eines mehrere 100 Seiten langen Manuals und 1/2jähriges Interviewer-Training, um die zahlreichen Codierungen pro Ereignis vornehmen zu können.

2.1.1 Die Schedule of Recent Experience (Social Readjustment Rating Skale)

Der Beginn der Life-Event-Forschung, zumindest jedoch der Aufschwung, den die Ereignisforschung seit den 60er Jahren erlebte, geht auf Arbeiten der Forschungsgruppe von Holmes und Rahe zurück, die seit 1949 an der Universität von Seattle im amerikanischen Bundesstaat Washington mit der Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Lebensereignissen begonnen haben.
In Voruntersuchungen an 5000 Patienten wurden die Häufungen von Lebensereignissen vor Krankheiten wie zum Beispiel Tuberkulose, Herz- und Hautkrankheiten untersucht und dabei festgestellt, daß die subjektive Bedeutung der Ereignisse über die einzelnen Patienten hinweg stark streute.

Auf der Suche nach einem allen Ereignissen gleichermaßen inhärenten pathogenen Effekt wurde die subjektive Bewertung wegen ihrer großen Variationsbreite ausgeschieden. Dieser allen Ereignissen gemeinsame Aspekt - unabhängig davon, ob es sich um positive oder negative Ereignisse handelt - schien in dem Konzept der Wiederanpassungsleistung gefunden zu sein.

Ereignisse, so die Annahme, stören das Anpassungsgefüge zwischen Person und Umwelt und fordern deshalb zur Wiederherstellung des Gleichgewichts adaptive Verhaltensweisen, die, insofern sie die Bewältigungsmöglichkeiten des Betroffenen übersteigen, zur Dekompensation führen.

Dieses Konzept spiegelt sich in der Auswahl der 42 Items umfassenden Selbstbeurteilungsliste der Schedule of Recent Experience (SRE) wieder. Die Ereignisse der Liste (Life Changes) repräsentieren nicht nur unerwünschte Geschehnisse und Veränderungen des Lebens wie Todesfälle, Krankheit oder Ärger mit Vorgesetzten oder häusliche sowie sexuelle Schwierigkeiten, sondern auch positiv zu bewertende Ereignisse wie größerer persönlicher Erfolg, Heirat, Geburt usw.. (siehe Anhang B)
Teilweise sind die Ereignisse von vornherein mehrdeutig formuliert wie z.B. das Item "finanzielle Veränderungen", das sowohl finanziellen Gewinn als auch finanziellen Verlust bedeuten kann.

Dieses Vorgehen, von Kritikern häufig als Nachlässigkeit bei der Itemauswahl interpretiert, steht jedoch durchaus in Übereinstimmung mit der Grundannahme der Forschungsgruppe von Holmes/Rahe, die in der Veränderung und der damit verbundenen Anstrengung zur Neuanpassung die Ursache für negative gesundheitliche Folgen sieht unabhängig von der subjektiven Bedeutung der Veränderung für das

Individuum. So wird beispielsweise angenommen, daß eheliche Trennung das gleiche Ausmaß an Lebensveränderung und Wiederanpassungsleistung erfordert, wie eheliche Versöhnung.

In früheren Untersuchungen (Rahe et al. 1964) wurden die Ereignisse als gleichgewichtet angesehen. Die Anpassungsleistung des Individuums entsprach für den definierten Zeitraum von 3 Monaten (bis 2 Jahren) der Summe der aufgetretenen Ereignisse. In der Folge wurde eine differenziertere Methode zur Quantifizierung der Anpassungsleistung entwickelt, die der Grund für die Verbreitung des Instrumentes wurde (Holmes/Rahe 1967).

Einer Gruppe von 394 Versuchspersonen der Normalbevölkerung wurde die Schedule of Recent Experience vorgelegt mit der Instruktion, die Wiederanpassungsleistung für jedes Item einzustufen unter Berücksichtigung der Intensität und der Länge der Zeit, die zur Wiederanpassung notwendig sei, unabhängig davon, wie erwünscht oder unerwünscht das Ereignis sei. Einzuschätzen sei der relative Grad der notwendigen Anpassung unter Berücksichtigung der eigenen Erfahrung als auch dessen, was man bei anderen beobachtet habe. Da die Anpassungsleistung bei verschiedenen Personen unterschiedlich sei, solle man seine Meinung über die durchschnittliche Anpassungsleistung pro Ereignis abgeben.

Das Item "marriage" diente als Ankerreiz und erhielt den willkürlichen, von der Forschungsgruppe vorgegebenen Wert 500 (Masuda und Holmes 1967).

Die Anpassungsleistung aller übrigen Items der Liste sollten nun in Relation zu der Anpassungsleistung des Items "Heirat" eingeschätzt werden.

Die durch 10 dividierten Mittelwerte der Einschätzungen aller befragten Personen ergab eine Rangreihe für sämtliche Items der Liste. Einige Beispiele:

Tod des Partners	100
Trennung vom Ehepartner	65
Eigene Verletzung oder Krankheit	53
Heirat	50
Verlust des Arbeitsplatzes	47
Sexuelle Schwierigkeiten	39
Ärger mit Vorgesetzten	23
Wohnungswechsel	20
Geringe Gesetzesverletzung	11

Diese, jedem Item der Liste fest zugeordneten Gewichtungen, werden Life Change Unit (LCU) genannt und die mit dem Life Change Unit versehene Liste (die ursprüngliche Schedule of Recent Experience, SRE) wurde somit zur Social Readjustment Rating Scale (SRRS) und dient als Grundlage für die Gewichtung in allen weiteren Untersuchungen, indem jedem Ereignis der entsprechende LCU-Wert zugeordnet wird.
Besonders bestechend wirkten Untersuchungen, die in der Folge zur Überprüfung der gefundenen Gewichtungen durchgeführt wurden.
So blieb, z.B. die Rangreihe der einzelnen Lebensereignisse bemerkenswert stabil, wenn Untergruppen der Eichpopulation von verschiedenem Alter, Geschlecht, Rasse und sozialem Status miteinander verglichen wurden. Die Rangkorrelationskoeffizienten lagen bis auf den Vergleich Schwarze gegen Weiße (Holmes und Rahe 1967) nicht unter 0,9.
Selbst Modifikationen der Methode der Gewinnung des LCU änderten nichts an dem Ergebnis. Ersetzte man, z.B. die Größenschätzung bei der Bildung der Rangreihe (Ruch und

Holmes 1971) durch Paarvergleich, so veränderte das die Reihenfolge der Gewichtungen ebensowenig (r=0,93) wie in einer Untersuchung, bei der der Ankerreiz verändert wurde (r=0,85; Bromwell 1971).
Entsprechend fielen die Ergebnisse beim Vergleich von Jugendlichen gegenüber Erwachsenen aus (Ruch und Holmes 1971; Pasley 1969).
Im transkulturellen Vergleich betrug der Rangkorrelationskoeffizient zwischen Amerikanern und Westeuropäern 0,9. Bei den meisten anderen Vergleichen zwischen den Kulturen lag er meistens über 0,75 (Holmes und Masuda 1974; Masuda und Holmes 1967 b; Komaroff et al. 1968; Celdran 1970; Harmon und Mitarbeiter 1970; Seppa 1972; Woon et al. 1971; Rahe 1969 a).
Diese Ergebnisse vermitteln den Eindruck, man habe eine allgemeingültige Bewertungsskala gefunden, die bei allen Menschen auf der Welt gleichermaßen gilt.

In einer Untersuchung, bei der verschiedene Krankheiten von 88 Ärzten über einen Zeitraum von 10 Jahren erhoben wurden und in Beziehung zu den gewichteten und in zwei Jahreseinheiten summierten Lebensereignissen gesetzt wurden, konnte gezeigt werden, daß 93 % der berichteten Krankheiten mit einem Life Change Unit assoziiert waren, der mindestens einen Wert von 150 pro Jahr betrug. (Holmes und Masuda 1974)
Daraufhin wurde eine Lebenskrise definiert als eine Lebensveränderung von 150 und mehr LCU pro Jahr.
Ein leichte Lebenskrise entspricht einem LCU-Wert zwischen 150 und 199; eine mittlere Lebenskrise einem LCU-Wert von 200 bis 299 und eine große Lebenskrise entspricht einem LCU-Wert von über 300.

Besonders interessant sind die prospektiven Studien. So diente der LCU des vorangegangenen Jahres zur Vorhersage von zukünftigen Krankheiten. (Holmes 1970) Es zeigte

sich, daß von der hohen Risikogruppe 86 % der Personen nach einem Jahr erkrankt waren, 48 % der Personen der mittleren Risikogruppe und 33 % der niedrigen Risikogruppe.
Eine entsprechende Untersuchung wurde bei der US-Marine an 2500 Personen durchgeführt (Rahe 1968). Vor Auslaufen des Schiffes wurde die Mannschaft in 2 Risikogruppen eingeteilt. Zu der hohen Risikogruppe gehörten die 30 % der Personen mit dem höchsten LCU-Skore und zu der niedrigen Risikogruppe die 30 % der Personen mit dem niedrigsten LCU-Skore. Bezugszeitraum war 6 Monate vor Auslaufen des Schiffes. Die Nachuntersuchung erfolgte nach 6 Monaten und zeigte, daß in der hohen Risikogruppe fast doppelt soviel Ersterkrankungen im ersten Monat der Reise aufgetreten waren als in der niedrigen Risikogruppe. Insgesamt hatte die hohe Risikogruppe ein Drittel mehr schwere Erkrankungen als die niedrige Risikogruppe. Vergleichbare Arbeiten wurden von Rahe et al. (1970) und Rubin, Gunderson und Arthur (1971) durchgeführt.

2.1.2 Kritik an der Social Readjustment Rating Scale (SRRS)

Die Popularität und die weite Verbreitung der Readjustment Rating Scale darf weder über die Tatsache hinwegtäuschen, daß das zugrundeliegende Konzept dieses Instrumentes unbewiesen geblieben ist, noch darüber, daß das Erhebungsinstrument zahlreiche Mängel aufweist.

Häufig kritisiert sind die zu allgemein formulierten und deshalb vieldeutigen Items der Erhebungsliste (z.B. Brown 1974; Hudgens 1974). Während das Item 'der Tod des Ehepartners' durch die kurze Beschreibung eindeutig definiert ist (Katschnig 1980), bleibt der Geltungsbereich zahlreicher anderer Items unklar - z.B. Änderung des

Gesundheitszustandes eines Familienmitgliedes, geschäftliche Veränderung, Familienzuwachs. Es stellt sich die Frage, ab wann ist ein Gesundheitszustand schwerwiegend genug und eine geschäftliche Veränderung groß genug, um als Ereignis gewertet zu werden? Ist, z.B. ein längerer Aufenthalt eines Freundes in der Familie, bereits ein Familienzuwachs für diesen Zeitraum oder sind nur Geburten gemeint? Die Mehrdeutigkeit der Items hat zur Folge, daß mögicherweise manche Personen ein und dasselbe Ereignis mehrfach unter verschiedenen Items ankreuzen, während andere Personen das nicht tun.

Es fehlen Beschreibungen und Definitionen für die Inklusion bzw. Exklusion von Ereignissen. Dies ist ein besonders gravierender Mangel bei einer Selbstbeurteilungsliste im Gegensatz zum Interview, bei dem der Untersucher korrigierend eingreifen kann.

Dies hat zur Folge, daß pro Person völlig unterschiedliche Informationen erhoben werden, da es dem Entscheidungshorizont des Befragten überlassen bleibt, ob seine Erlebnisse den erfragten Veränderungen der Ereignisliste entsprechen.

Ein weiteres Problem ist das Einbeziehen von Items, die häufig länger bestehende Schwierigkeiten beinhalten wie z.B. "Schwierigkeiten mit dem Vorgesetzten". Hier ist nicht garantiert, daß diese Schwierigkeit tatsächlich als Veränderung im Erhebungszeitraum neu aufgetreten ist bzw. bereits länger dauernde Ereignisse sich von den kurzfristig aufgetretenen trennen lassen.
Der Hauptmangel der Readjustment Rating Scale liegt jedoch in der Einbeziehung von Items, die Symptome psychischer Erkrankung sein können, wie z.B. sexuelle Schwierigkeiten, Änderung der Eßgewohnheiten, Änderung der Schlafgewohnheiten und der gesellschaftlichen Gewohn-

heiten. Regeln zur Kontrolle dieser Fehlerquelle sind nicht vorgesehen.

Hier kann also eine Kontamination der unabhängigen mit der abhängigen Variablen nicht ausgeschlossen werden. Lehman (1978) konnte zeigen, daß Items der SRE, die möglicherweise mit der Symptomatik konfundiert sind, höher mit der Symptomatik korrelieren als die meisten anderen Items, so daß die gefundene Korrelation zwischen den Ereignissen der SRE und der Symptomatik als artifiziell hoch angesehen werden muß. Für eine Untersuchung des Zusammenhanges zwischen Lebensereignissen und psychiatrischen Krankheiten kann deshalb die Social Readjustment Rating Scale nicht verwendet werden.

Unter Berücksichtigung dieser zahlreichen Mängel scheint es vorerst auch noch unklar zu sein, was mit diesem Instrument tatsächlich gemessen wird. Selbst die so imponierende Standardisierung der Gewichtung scheint bei näherer Betrachtung zweifelhaft, wenn man sich überlegt, worauf der Life Change Unit beruht: auf der Schätzung, welche Anpassungsleistung das Auftreten bestimmter Ereignisse für den Durchschnittsmenschen bedeutet, ohne daß Erfahrungen des Schätzers zu diesem Bereich vorliegen müssen. Auch die hohen Korrelationen, die beim Vergleich verschiedener Kalibrierungsstudien erzielt wurden (Masuda und Holmes 1967; Komaroff et al. 1968; Mendels und Weinstein 1972), sind vorsichtig zu beurteilen, wenn man berücksichtigt, daß sie auf Durchschnittswerten beruhen, die die große Variationsbreite der Ergebnisse innerhalb der Studien verschleiern.
Wer garantiert, daß die LCU nichts anderes als das "Vorurteil" widerspiegeln, das der einzelne von seinem Nachbarn oder besser vom "Durchschnittsmenschen" und seiner Lebensbewältigung hat?

Zusammenfassung

Die Schedule of Recent Experience ist eine einfach anzuwendende und sehr populäre Selbstbeurteilungsliste zur Erfassung kritischer Lebensereignisse. Für die Verwendung bei psychiatrischen Untersuchungen scheint sie jedoch ungeeignet zu sein, da die Items der Liste mehrdeutig formuliert sind und Ereignisse einbezogen werden, die gleichzeitig Symptome im Rahmen einer psychischen Störung sein können. Bei einer Selbstbeurteilungsliste sind diese Mängel im Gegensatz zum Interview, das Kontrollen ermöglicht, besonders gravierend. Darüber hinaus scheint das zugrundeliegende Konzept der Social Readjustment Rating Scale fragwürdig, da es davon ausgeht, daß die geschätzte durchschnittliche Anpassungsleistung, die ein lebensveränderndes Ereignis erfordert, der relevante Streßfaktor zwischen Ereignissen und Krankheit sei, den es zu messen gilt. Erkenntnisse über die Bedeutung subjektiver Bewertungen für die individuelle Streßerfahrung bleiben bei diesem Konzept unberücksichtigt.

2.1.3 Die Life-Event-Schedule

In den 60er Jahren wurde die Life-Event-Schedule am Bredford College der Universität London von Brown und seinen Mitarbeitern entwickelt. Sie stellt ein hochkompliziertes und zeitaufwendiges Instrument dar, das sich sowohl im Konzept als auch in der Durchführung von der SRE (SRRS) unterscheidet. Die Erhebung der Lebensereignisse erfolgt in einem mehrstündigen Interview, das meist auf Tonband aufgenommen wird. Im Anschluß an das Interview wird die Codierung der Ereignisse im Team in einem zeitaufwendigen Verfahren anhand eines einige hundert Seiten langen Manuals durchgeführt.
Die Verwendung des Instrumentes erfordert eine halbjährige Einarbeitungszeit in London. Dem Interviewer steht keine standardisierte Ereignisliste zur Verfügung, sondern nur ein relativ allgemein formulierter Fragenkatalog (Katschnig 1980), der dem Interviewer als Orientierungshilfe dient.
Dieser wenig strukturierten Erhebung im Interview steht die differenzierte Kodierung der erhobenen Ereignisse hinsichtlich zahlreicher Dimensionen gegenüber. (vgl. Brown u. Harris 1978)
Ein Teil dieser Kodierungen dient dazu, das Ereignis zu charakterisieren, z.B. hinsichtlich des Lebensbereiches oder der betroffenen Personen.
Außerdem wird auf eine genaue zeitliche Datierung der Ereignisse wie des Krankheitsbeginns Wert gelegt, um prüfen zu können, ob die Ereignisse ursächlich an der Erkrankung beteiligt sind.

Das umfangreiche Manual enthält präzise Inklusionskriterien, d.h. Anweisungen und Informationen, unter welchen Bedingungen das Ereignis in die Untersuchung einzubeziehen ist. Die Entscheidung darüber trifft das Interviewer-Team und nicht der Befragte. Eine weitere wichtige Regel

für die Kodierung bedeutet die Entscheidung, ob das Auftreten eines Ereignisses nach logischen Gesichtspunkten von der psychischen Symptomatik des Befragten unabhängig ist. Logisch unabhängig ist, z.B. der Tod oder die Erkrankung eines Angehörigen oder der Verlust des Arbeitsplatzes einer Angestellten, wenn der Betrieb Konkurs gemacht hat. Eine normale Kündigung ist dagegen nur als "möglicherweise unabhängig" einzustufen, da der psychische Zustand des Befragten die Ursache für die Kündigung sein kann.

Ein weiterer Vorteil der LES gegenüber der Social Readjustment Rating Scale besteht (außer in den bereits erwähnten Kodierungen) in der Unterscheidung, die zwischen aktuellen lebensverändernden Ereignissen und längerfristigen chronischen Schwierigkeiten getroffen wird.

Die Regeln für diese Unterscheidung sind ebenso vorgegeben wie für die wohl wichtigste Kodierung dieses Instrumentes, die Erfassung der Gewichtung eines Ereignisses.

Die Intensität eines Ereignisses wird durch das Kodierungs-Team auf einer Skala von 1-4 bestimmt und stellt das Ausmaß der Bedrohung des Betroffenen durch ein Lebensereignis dar.

Während dem Konzept des Social Readjustment Rating Scale die Annahme zugrunde liegt, daß die Anpassungsleistung an Lebensveränderungen krankheitsverursachend sein kann - unabhängig davon, ob die Ereignisse positiv oder negativ sind - geht Brown davon aus, daß der negative belastende Aspekt eines Ereignisses der relevante pathogene Faktor ist.

Die antizipierten Schwierigkeiten und die negativen Auswirkungen eines Ereignisses werden als Bedrohung erlebt, die entweder kurzfristig (bis zu einer Woche) oder langfristig sein kann. Das Vorhandensein eines einzigen als bedrohlich eingestuften Ereignisses im Erhebungszeitraum reicht aus, um den Betreffenden als belastet einzustufen

(Schwellenprinzip). Die Regeln zur Kodierung der "Bedrohung durch ein Ereignis" bestehen vorwiegend in einer ausführlichen Beispielsammlung, aus der hervorgeht, unter welchen Bedingungen ein Ereignis als stark oder weniger stark bedrohlich anzusehen ist. Die objektive Bedrohung nach Brown ist die Bestimmung der Intensität eines Ereignisses nach Regeln, die vom Forschungsteam aufgestellt wurden. Brown erhebt zwar auch die subjektiv erlebte Bedrohung, verwendet jedoch für seine Untersuchungen zur Zeit nur die objektive Bedrohung, um eine Kontamination der abhängigen mit der unabhängigen Variablen zu vermeiden, da das Erklärungsbedürfnis kranker Menschen unweigerlich zu einer Verzerrung der Bewertung führe und Scheinkorrelationen zur Folge hätte. (Brown 1974)
Während bei der Social Readjustment Rating Scale jedem Ereignis ein fixer Normwert zugeordnet wird, erfolgt die Zuordnung der Gewichtung bei Brown pro Ereignis in Abhängigkeit von Personen und Umweltbedingungen.
Die Beschreibung des individuellen Zusammenhanges, in dem ein Ereignis aufgetreten ist, und die spezifischen Lebensumstände der betreffenden Personen gehen mit in die Bewertung der Bedrohlichkeit ein (Kontext-Rating).
Dieses Vorgehen stellt eine entscheidende Erweiterung gegenüber der Social Readjustment Rating Scale dar. Während dort, z.B. eine Geburt konstant mit einem LCU-Wert von 39 gewichtet wird, kann dasselbe Ereignis bei Brown einmal als stark bedrohlich und ein anderes Mal als nicht bedrohlich eingestuft werden. Dieser variablen Zuordnung sind jedoch Grenzen gesteckt, die durch die selbst auferlegten Regeln der Untersuchungsgruppe bestimmt sind.
Wir haben es hier also mit einer komplexeren Form von festen Zuordnungsregeln zu tun. Dies wird am Beispiel der Geburt deutlich. So kann zwar eine Geburt nach komplizierter Schwangerschaft als stark bedrohlich eingestuft werden (ebenso wie die Geburt eines Kindes, das Mißbildungen aufweist); jede komplikationslos verlaufende

Geburt jedoch, die nicht die erste Geburt ist, muß sowohl kurzfristig wie langfristig als nicht bedrohlich eingestuft werden, unabhängig davon, ob die betroffene Frau die Geburt eines weiteren Kindes subjektiv als bedrohlicher ansieht als die Geburt des ersten Kindes.
Hier zeigt sich die Willkürlichkeit der aufgestellten Regeln, die vom Forscherteam nach dem "Common Sense" festgelegt sind.

2.1.4 Kritik an der Life Event Schedule (LES)

Vor der Kritik an der LES sei zunächst die Anerkennung für das zur Zeit sicher differenzierteste Instrument zur Erhebung von Lebensereignissen ausgesprochen.
Dennoch stellt sich die Frage, ob ein differenziertes Instrument unbedingt mit einem derartigen Aufwand verbunden sein muß und ob ein mehrere hundert Seiten langes Manual nicht eher eine Fehlerquelle als ein Mittel zur genauen Kodierung darstellt. Man gewinnt den Eindruck, als sei der Versuch gemacht worden, der komplizierten Thematik durch immer neues Hinzufügen von Beispielen gerecht zu werden, was zu einer künstlichen Aufblähung des Kodierungsleitfadens führte.
Weniger Beispiele und mehr allgemein formulierte Regeln würden sicher zur hilfreichen Klärung und Straffung des Instrumentes beitragen.
Etwas unverständlich wirkt die ungewöhnliche Akribie bei der Kodierung im Vergleich zur Erhebung der Lebensereignisse im wenig strukturierten Interview, denn Fehler, die bei der Erhebung der Ereignisse auftreten, können mit keiner noch so sorgfältigen nachträglichen Definition der Items korrigiert werden. Die Stimulusvorgabe in Form allgemein formulierter Fragen läßt dem Befragten einen zu großen Spielraum bei der Entscheidung, ob ein Ereignis

genannt wird oder als nicht zur gesuchten Itempopulation gehörend bewertet wird.

Willkürlich erscheint auch die Verwendung des Schwellenprinzips bei der Beurteilung des Belastungsgrades einer Person durch Lebensereignisse. Es bleibt unbegründet, warum Personen, die nur ein belastendes Ereignis im Erhebungszeitraum erlebt haben, als ebenso belastet gelten sollen wie Personen, die mehrere bedrohliche Ereignisse in derselben Zeit erfahren haben.

Zusammenfassung

Die Life-Event-Schedule von Brown stellt zur Zeit das differenzierteste Instrument zur Erfassung von Lebensereignissen dar. Es ist für verschiedene Zielgruppen, insbesondere auch für psychiatrische Patienten gut geeignet. Die im Interview erhobenen Lebensereignisse werden von einem Interviewerteam nachträglich anhand von Tonbandaufzeichnungen kodiert. Ein mehrere hundert Seiten langes Manual enthält Beispiele und Anweisungen für zahlreiche Kodierungen und Inklusionskriterien. Es ist Browns Verdienst darauf hingewiesen zu haben, wie komplex die Thematik der Lebensereignisforschung ist und wie wenig man ihr mit simplifizierenden Verfahren, insbesondere mit Selbstbeurteilungslisten, gerecht wird. Der relevante Streßfaktor zwischen Ereignissen und Krankheit ist nach Brown das Ausmaß der Bedrohlichkeit (nicht die Anpassungsleistung wie beim Konzept von Rahe/Holmes) eines Ereignisses. Die Bedrohlichkeit ist aber nur durch den gesamten Lebenskontext, in dem das Ereignis auftritt, zu verstehen. Weitere wichtige Unterscheidungen, die von Brown und seinem Team getroffen werden, sind die Trennung der Ereignisse in symptombedingte und nicht symptombedingte und in kurz- und langfristig wirksame Ereignisse. Ein erheblicher Nachteil des Instrumentes ist jedoch die lange Einarbeitungszeit der Interviewer und der hohe Personal- und Zeitaufwand, der erforderlich ist. Für eine katamnestische Untersuchung, bei der die Erhebung der Lebensereignisse nur eine Teilfragestellung im Rahmen der Gesamtuntersuchung darstellt, ist das Vorgehen von Brown ungeeignet, da er allein ca. 6 Stunden für die Erhebung der Lebensereignisse benötigt.
Browns Methodenkritik und sein differenziertes Vorgehen haben jedoch Maßstäbe gesetzt, an denen sich zukünftige Untersuchungen orientieren müssen.

2.2 Andere Instrumente

Die ausführliche Darstellung der LES und SRE erschien wichtig, da fast alle derzeitigen Instrumente in der einen oder anderen Weise auf diese beiden ersten Erhebungsmethoden zurückzuführen sind. Sei es, daß es sich um direkte Übernahme eines der beiden Instrumente mit kleinen Modifikationen handelt oder um eine Mischform aus beiden Instrumenten.
Zu den zahlreichen Instrumenten, die auf Modifikationen der Holmes/Rahe-Liste beruhen, gehören die Liste von Paykel und Mitarbeitern (1969, 1971); Cochrane und Robertson (1973), Grant und Mitarbeiter (1974, 1976); Anatovsky und Kats (1967); Tennant und Andrews (1976); Myers et al. (1971); Mueller und Mitarbeiter (1978).

In neuerer Zeit zeichnen sich die Listen durch eine deutliche Zunahme der Anzahl der Items aus, wie z.B. Horowitz (1977) mit 120 Items; Hurst, et al. (1978) mit 103 Items; Dohrenwend et al. (1978) mit 101 Items.
Diese Erweiterung ist zum Teil durch die Aufteilung der Items in erwünschte und unerwünschte bedingt wie z.B. das Item "finanzielle Veränderungen" in finanziellen Gewinn und finanziellen Verlust.
Zum anderen ist die Zunahme der Items eine Folge der Unterteilung globaler Items in spezifische Untergruppen. In selteneren Fällen ist die Zunahme der Items durch die Ausweitung des Geltungsbereiches verursacht.
Eine für den psychiatrischen Bereich relevante Kennzeichnung der Ereignisse wurde von Paykel und Mitarbeitern (1974) vorgenommen, die Ereignisse in die Kategorien wünschenswert, nicht wünschenswert, Verlustereignisse (exits) und Zuwachsereignisse (entrances) unterteilen, um den spezifischen Anteil dieser Ereignischarakteristika an der Auslösung psychiatrischer Erkrankungen zu untersuchen. Die Erhebung ihrer, auf 61 Items erweiterten Liste,

erfolgt nicht in der Selbstbeurteilung, sondern im Interview, wodurch die Objektivität der Daten wesentlich erhöht wird, da der Untersucher beurteilen kann, ob das Ereignis im Vergleich zum vorgegebenen Item zutreffend ist oder nicht. Bezüglich der unzureichenden Differenziertheit der Items gilt jedoch auch hier die an der Holmes-Liste (SRE) ausgeführte Kritik.
Einen Überblick über die verschiedenen Instrumente zur Erhebung der Lebensereignisse geben Filipp und Braukmann (1981).

2.3 Das eigene Instrument zur Erhebung von Lebensereignissen im Vergleich
(Unter Berücksichtigung einzelner, in der Literatur kontrovers diskutierter Aspekte)

2.3.1 Entscheidung zur Entwicklung eines eigenen Instrumentes

Bei dem umfangreichen Angebot vorhandener Instrumente wäre es naheliegend gewesen, eines davon zu verwenden, um Vergleichbarkeit mit anderen Untersuchungen zu ermöglichen. Die Entscheidung für ein eigenes Instrument gründet sich in erster Linie auf die bereits angeführten Mängel der Kurzlisten und zum anderen auf Erfordernisse, die durch die Fragestellung der Untersuchung bedingt sind. Das aufwendige Instrument von Brown konnte aus Zeit- und Kostengründen nicht verwendet werden, es eignet sich auch mehr für Untersuchungen, bei denen die Life-Event-Erhebung Hauptpunkt der Fragestellung ist, als für Katamnesen, bei denen die Lebensereignisforschung ein Teilaspekt ist und anderen methodischen Voraussetzungen unterliegt.

Die neuen inhaltlich erweiterten und auf Itemebene differenzierter ausformulierten Instrumente wie die von Horowitz (1977); Hurst et al. (1978) und Dohrenwend et al. (1978) wurden erst zu einem Zeitpunkt publiziert, als die Erhebung dieser Untersuchung bereits begonnen hatte. Um so erfreulicher ist die Feststellung, daß die Erweiterung der Itemauswahl der Life-Event-Instrumente anderer Forscher zu einem dem eigenen Instrument vergleichbaren Ergebnis führte, was besonders für das Instrument von Dohrenwend et al. (1978) zutrifft.
Bei der Entwicklung des vorliegenden Instrumentes wurde versucht, die praktischen Vorteile der Kurzlisten mit den Erkenntnissen, die sich in dem differenzierten Instrument von Brown niederschlagen, zu verbinden, insofern dies für die Fragestellung sinnvoll erschien.

Im folgenden soll auf einzelne relevante Aspekte des Vorgehens eingegangen werden. (Genauere Informationen zur Anwendung siehe Manual Anhang A)

2.3.2 Verwendung einer Ereignisliste als Interviewleitfaden und das Problem der Selbstbeurteilungslisten

Dem Verfahren der Kurzlisten vergleichbar ist die Auswahl und die Darbietung einer vorweg definierten Anzahl von 140 Items, um zu garantieren, daß bei jedem Patienten inhaltlich vergleichbare Ereignisse erhoben werden.
Um der Verfälschung der Ergebnisse durch zu allgemein und vieldeutig formulierten Items vorzubeugen, wurden globale Formulierungen wie "berufliche Veränderungen" möglichst vermieden und statt dessen durch präzisere Definitionen ersetzt; beispielsweise durch Bildung von Untergruppen wie z.B. Chefwechsel, Kollegenwechsel, beruflicher Abstieg des Partners. Damit wird gleichzeitig eine aufwendige, nachträgliche Kodierung wie im Verfahren von Brown

darüber, ob der Patient selbst oder eine andere Bezugsperson betroffen ist, überflüssig.
Ein weiteres Korrektiv und eine Garantie dafür, daß weitgehend bei allen Patienten die gleichen Ereignisse erhoben werden, ist die Erhebung der Items im Interview bzw. der Verzicht auf die zeitsparende Selbstbeurteilungsmethode.
Durch möglichst präzise Formulierungen der vorgegebenen Items kann auf einen komplizierten Katalog von Inklusions- bzw. Exklusionskriterien verzichtet werden - insbesondere, wenn die Erhebung der Ereignisse (wie in dieser Untersuchung) für alle Patienten von derselben Interviewerin vorgenommen wird, die überprüfen kann, ob das vom Patienten erlebte Ereignis dem vorgegebenen Item der Ereignisliste entspricht.
Im Interview erhält man Informationen über den Zusammenhang, in dem das Ereignis auftritt und über die Gedanken des Befragten dazu, die es ermöglichen, Fehlerquellen in der Zuordnung auszuschalten.

Für alle Verfahren, bei denen die Erhebung der Lebensereignisse durch Selbstbeurteilungslisten erfolgt, trifft die Kritik zu, die bereits bei der Schedule of Recent Experience formuliert wurde:
Mißverständnisse darüber, ob ein und dasselbe Ereignis mehrfach angekreuzt werden darf, Verständnisschwierigkeiten über den Geltungsbereich der Ereignisse, unterschiedlich zuverlässiges bzw. flüchtiges Durcharbeiten der Liste, um nur einige Aspekte zu nennen, führen bei der Selbstbeurteilungsmethode zur Erhebung völlig unterschiedlicher und somit nicht vergleichbarer Ereignispopulationen. (vgl. Katschnig 1980)

2.3.3 Datierung der Ereignisse und Kodierung der Symptomabhängigkeit

Angelehnt an das Verfahren von Brown ist der Versuch einer möglichst genauen Datierung der Ereignisse (möglichst auf Monatsebene) und die Unterscheidung der Ereignisse in abhängige und unabhängige Ereignisse.

Ziel der genauen Datierung ist nicht primär die Feststellung eines kausalen Zusammenhanges, wie es beispielsweise Brown anstrebt, indem er davon ausgeht, man könne den Krankheitsbeginn einer Depression oder Schizophrenie eindeutig bestimmen und deshalb zeitlich vor dem Krankheitsbeginn datierbare Ereignisse als kausal wirksam interpretieren (entweder im Sinne einer Verursachung oder Auslösung der Erkrankung durch Ereignisse).

Die möglichst genaue Datierung der Ereignisse sowie des Symptomverlaufes sollen der Analyse des erwarteten Zusammenhanges in der Einzelfalluntersuchung dienen. Das Kumulieren bzw. Interferieren verschiedener Ereignisse zu bestimmten Zeitabschnitten des Katamneseverlaufes kann sichtbar gemacht werden und durch eine Zusatzkodierung das Ausmaß erfaßt werden, in welchem einzelne Ereignisse andere nach sich ziehen.

Brown versteht unter Unabhängigkeit eines Ereignisses die logische Unabhängigkeit des Auftretens eines Ereignisses vom Einfluß der betroffenen Personen. Vom Einfluß der betroffenen Person unabhängige Ereignisse sind als symptomunabhängig zu werten, da die Person keine Kontrolle über das Auftreten des Ereignisses hat und deshalb die psychische Symptomatik auch nicht die Ursache für das Ereignis sein kann. Die im vorliegenden Instrument verwendete Kodierung zur Schätzung der Symptomunabhängigkeit eines Ereignisses weicht deutlich vom Konzept Browns ab.

Bewertungsgrundlage ist nicht ein umfangreicher und teilweise schwer zu durchschauender Kommentar wie bei Brown, sondern eine geringe Anzahl von Regeln, die im Manual erläutert und bei klinischer Erfahrung ohne große Schulung anwendbar sind.

Eigene Regeln wurden schon dadurch notwendig, daß Brown sämtliche Ereignisse, die nach einer psychischen Erkrankung auftreten, nicht mehr als von der Symptomatik unabhängig wertet.
Dieses Vorgehen mag bei der "Onset-Forschung" sinnvoll sein, ist jedoch bei einer Katamnese, bei der alle Personen bereits psychisch erkrankt sind, nicht durchführbar.

Es wird in dieser Untersuchung davon ausgegangen, daß auch psychisch erkrankten Menschen Ereignisse widerfahren, die durch soziale Umstände oder Verhaltensweisen anderer Personen bedingt und deshalb nicht als symptomabhängig zu werten sind. Das Augenmerk der hier vorgenommenen Kodierung liegt deshalb nicht allein in der Prüfung der "Unabhängigkeit des Ereignisses", sondern in der Trennung der "nicht symptombedingten Ereignisse" von den "symptombedingten Ereignissen" mit dem Ziel, den relativen Anteil dieser Ereignisarten an dem Symptomverlauf im Katamnesezeitraum sichtbar zu machen.

2.3.4 Vom Untersucher vorgegebene Ereignisparameter

Die Unterscheidung zwischen aktuellen Veränderungen und längerbestehenden Schwierigkeiten, wie sie mit der Londoner Life-Event-Schedule vorgenommen wird, diente als Anregung für die Unterscheidung der Ereignisse bei dieser Untersuchung in die drei folgenden Kategorien, die jedoch nicht mit den Einteilungen Browns vergleichbar sind:
(Siehe Tabelle 1, S. 36)

a) Chronische Belastungen (14 Items)
Dazu gehören Schwierigkeiten und Spannungen, die schon vor dem Katamnesezeitraum begonnen haben und von denen deshalb nicht angenommen werden kann, daß sie einen verändernden Einfluß auf die Symptomatik haben können, sondern daß sie eher im Sinne von Vulnerabilitätsfaktoren wirksam sind wie z.B. langjährige Spannungen mit dem Partner oder Schwierigkeiten im Beruf.

b) Spannungen und Schwierigkeiten/Intensivierung und Verbesserung von Kontakten (18 Items)
Dazu gehören Items wie deutliche Abnahme von Spannungen oder Verbesserung/Intensivierung der Beziehung, z.B. zum Partner oder deutliche Zunahme von Spannungen und Schwierigkeiten am Arbeitsplatz. Diese Ereigniskategorie erfaßt Veränderungen, die während des Katamnesezeitraumes auftreten. Im Unterschied zu der Ereigniskategorie "objektive Ereignisse" handelt es sich eher um innere, weniger leicht kontrollierbare Ereignisse, die sich in der nicht beobachtbaren inneren Sphäre abspielen und von denen angenommen wird, daß sie häufiger durch die Symptomatik bedingt sind.

c) Aktuelle/objektive Lebensereignisse (104 Items)
Dies sind alle im Katamnesezeitraum neu aufgetretenen, prinzipiell überprüfbaren Ereignisse, Veränderungen in den gewohnten Lebensbedingungen, die als die Lebensereignisse im eigentlichen Sinne zu werten sind und nicht zum problematischen Bereich der "Spannungen und Schwierigkeiten" gehören.
"Spannungen und Schwierigkeiten" bzw. "Intensivierung und Verbesserung von Kontakten" werden in den Kurzlisten häufig den aktuellen lebensverändernden Ereignissen gleichgesetzt, ohne zu prüfen, wie lange diese

Schwierigkeiten bereits bestehen und inwieweit sie durch die Symptomatik bedingt sind.
In dieser Untersuchung wurden Schwierigkeiten und Spannungen zwar erhoben, sind jedoch in der Auswertung jederzeit von den aktuellen/objektiven lebensverändernden Ereignissen zu trennen.

d) Hoffnungen und Erwartungen (4 Items)
Diese Items werden versuchsweise nur für die beiden wichtigsten Bereiche Beruf und Partner hinzugenommen. Es handelt sich hier um den Bereich innerer Ereignisse, die zur Zeit in der Life-Event-Forschung nicht beachtet werden. (siehe Tabelle 1)

Jeder der 10 inhaltlichen Bereiche der Ereignisliste ist in mehrere übergeordnete Fragen unterteilt, denen zugehörige Items untergeordnet sind.
Jedem Item ist eine Kennummer zugeordnet.
Spannungen und chronische Ereignisse werden meist zum Schluß eines inhaltlichen Bereiches erfaßt.
Nicht im Fragebogen enthaltene Ereignisse können unter der Sammelkategorie "Sonstiges" erfaßt werden.

Tabelle 1: Anzahl und Verteilung der Items auf die verschiedenen Bereiche

	objekt. Ereign.	Spannung &Schwierigkeiten	chron. Ereign.	Hoffnung Erwartung	gesamt
Ausbildung Beruf	36	2	1	2	41
Partnerbez. Sex	19	4	3	2	28
Kinder Schwangerschaften	18	2	1	0	21
Familie	10	6	3	0	19
Tod	4	0	0	0	4
Krankheit	4	0	2	0	6
Wohnung	4	0	0	0	4
Einkommen	4	0	1	0	5
Bekannte Freundeskreis	1	2	2	0	5
Freizeit	0	2	1	0	3
Gericht Behörde Haustier	4	0	0	0	4
Gesamt	104	18	14	4	140

2.3.5 Gewichtung

2.3.5.1 Objektive Gewichtung

Bei der Gewichtung der Ereignisse wurden ebenfalls Gesichtspunkte des Brown'schen Verfahrens berücksichtigt, insbesondere die Einbeziehung individueller Lebensbedingungen bei der objektiven Gewichtung der Ereignisse durch den Interviewer. Auf die Verwendung des aufwendigen Manuals von Brown, dessen Beispielsammlung nur eine Skalierung des Bedrohungsgrades vorsieht, wurde verzichtet, da in dieser Untersuchung die Gewichtung sowohl für die Positiv- wie die Negativdimension erfolgt (Skala von 0 bis +6 und von 0 bis -6. 0 bedeutet: das Ereignis verhält sich zu der Positiv-negativ-Dimension neutral (siehe Anhang A)). Die objektive Gewichtung der Ereignisse durch die Interviewerin gilt in dieser Untersuchung nur als Korrektiv für die subjektive Gewichtung des Befragten für den Fall, daß die Ereignisse durch die Symptomatik bedingt deutlich verzerrt eingeschätzt werden.

2.3.5.2 Begründung der Entscheidung, schwerpunktmäßig die subjektive Gewichtung zu erheben

Die Entscheidung dafür, schwerpunktmäßig die subjektive Gewichtung zu erfassen, steht sowohl im Gegensatz zu den meisten Selbstbeurteilungslisten als auch zum Vorgehen von Brown. Bei den meisten Verfahren ist man bemüht, wenn auch mit unterschiedlichen Methoden, die "objektive" Anpassungsleistung bzw. Bedeutung/Beunruhigung oder Belastung durch ein Ereignis zu erfassen, möglichst unter Ausschaltung aller subjektiver Bewertungen.
In dieser Untersuchung wird im Gegensatz dazu jedes Ereignis zum Zeitpunkt des Auftretens in seiner subjektiven

Bedeutung für den Betroffenen erfaßt und darüber hinaus noch zusätzlich die subjektiv erlebte Dauer der Wirkung eines Ereignisses erfragt. Diese zusätzliche Kodierung ermöglicht es auch für Ereignisse, die faktisch ohne zeitliche Ausdehnung sind (wie z.B. ein Todesfall), langfristige subjektive Nachwirkungen zu erfassen.

In der Auseinandersetzung über die Bedeutung subjektiver Gewichtung gegenüber objektiver Gewichtung wird von keinem Forscher bestritten, daß der subjektiv erlebte Schweregrad eines Ereignisses die eigentlich relevante Mediatorvariable zwischen Ereignis und Krankheit ist. So schreibt Katschnig (1980) als entschiedener Vertreter für die Erfassung einer objektiven Gewichtung: "Es kann außer Diskussion bleiben, daß die Erfassung der tatsächlichen, ganz persönlichen und subjektiven Reaktion des Betroffenen auf ein Ereignis die entscheidende Variable zur Messung der Belastungswirkung wäre, ganz spezifische Vorerfahrungen und selektive Wahrnehmung sind Filter, die zwischen realen Ereignissen in der Außenwelt und der im Individuum tatsächlich wirksam werdenden Belastungen eingeschaltet sind. Wendungen wie: 'Was dem einen sin Ul, ist dem anderen sin Nachtigall' - oder 'one man's poison is another man's cup of tea', zeugen davon ...
Kann die Life-Event-Forschung diese Erfahrung umgehen?"
Man muß, so antwortet Katschnig auf seine Frage, die subjektive Belastung ignorieren, da das Kausalitätsbedürfnis von bereits erkrankten Personen zu einer künstlichen Korrelation führen könnte.
Tatsächlich ist durch die klinische Erfahrung und durch wissenschaftliche Untersuchungen bekannt, daß Personen mit psychiatrischen Problemen ihre Umwelt meist negativer wahrnehmen und erleben (Beck 1967; Shapiro 1965; MacPhillamy und Lewinsohn 1974; Theorell 1974).

Aus diesem Wissen ziehen jedoch verschiedene Life-Event-Forscher unterschiedliche Schlußfolgerungen für ihr weiteres wissenschaftliches Vorgehen. Während ein Großteil der Forscher darin die Hauptfehlerquelle sieht, die es auszuschalten gilt, ziehen andere Forscher wie Grant et al. (1976) daraus genau den gegenteiligen Schluß. Sie fordern die subjektive Gewichtung psychiatrischer Patienten zu verwenden anstelle von Normwerten, die den tatsächlichen Belastungswert der betroffenen Personengruppen nicht repräsentieren. (Vgl. auch Vinokur und Selzer 1973; Lundberg und Theorell 1976; Hurst et al. 1978)
Rahe (1974) berichtet, daß die subjektiven Veränderungs- bzw. Belastungswerte bessere Prädiktoren für spätere Krankheiten darstellen als die entsprechenden Kennwerte aus den Gruppenskalierungsverfahren.

In der psychologischen Streßforschung (Lazarus 1981) kommt der individuellen Wahrnehmung und Einschätzung von Reizen eine ebenso zentrale Bedeutung zu wie in der kognitiven Verhaltenstherapie (Mahoney 1977). Untersuchungen von Schachter (1964) und Schachter und Singer (1962) zeigen, daß identische Situationen in verschiedenen Personen unterschiedliche Streßreaktionen auslösen können. Konsequenzen und Effekte der Lebensereignisse in Form von Krankeiten, emotionalen Verstimmungen und Fehlverhalten werden nicht durch das objektive Ereignis determiniert, sondern durch die kognitive Repräsentation desselben, die wiederum in komplizierter Wechselwirkung mit anderen subjektiven Bewertungen steht wie z.B. der Einschätzung eigener Handlungsspielräume.
Die subjektive Bewertung der Ereignisse als relevanter Forschungsgegenstand der Ereignisforschung wurde sicher aus methodischen Erwägungen bisher sehr vernachlässigt.

Jede Vorgehensweise beinhaltet Fehlerquellen: Die Erhebung der subjektiven Ereignisbewertung in retrospektiven

Studien birgt die Gefahr der Verzerrung der Bewertung durch Persönlichkeitsvariablen und Zeitfaktoren sowie das Verschmelzen nicht mehr isolierbarer und möglicherweise individuell unterschiedlicher Komponenten zu einer einzigen Bewertung.
Die Erhebung der sogenannten objektiven Ereignisbewertung dagegen beruht auf einer subjektiven Konsensbildung einzelner Forschungsgruppen oder Normwerten der Normalbevölkerung unter Vernachlässigung differenzierender Unterschiede.
Dieser eher experimentelle Ansatz beansprucht für sich kausale Forschung zu ermöglichen, setzt sich jedoch gleichzeitig dem Vorwurf aus, am Untersuchungsgegenstand vorbeizuforschen, da der hohe Allgemeinheitsgrad des Meßniveaus wenig zur Erhellung der Beschaffenheit und der Art der Wirkung von Lebensereignissen beiträgt.
Geht man jedoch davon aus, daß jede subjektive Bewertung auch durch kollektive Bedeutungszuschreibung der Gesellschaft beeinflußt ist, so werden Überschneidungspunkte der beiden unterschiedlichen Ansätze sichtbar.
Beide Forschungsansätze thematisieren unterschiedliche Aspekte der Ereignisforschung und finden darin ihre Berechtigung.

Unter der Zielsetzung der Identifizierung verschiedener Ereignisparameter und deren relativen Anteil an der Wirksamkeit von Lebensereignissen scheint jedoch die Einbeziehung der subjektiven Bewertung unumgänglich (vgl. auch Petermann 1981; Filipp 1981; Gräser et al. 1981; Sarason et al. 1978).

Darüber hinaus ist bei dem hier beschriebenen Instrument eine Korrektur vorgesehen für alle Gewichtungen, die durch die Symptomatik des Betroffenen verfälscht werden. In diesen Fällen ist die subjektive Gewichtung durch die "objektive" Gewichtung des Untersuchers ersetzbar.

Auf diese Weise kann der Verfälschung der Daten entgegengewirkt werden.

2.3.6 Die Positiv-Negativ-Dimension

Die Beurteilungsdimension positiv versus negativ in dieser Arbeit zu berücksichtigen, findet nach Durchsicht der Literatur seine Begründung insbesondere dadurch, daß in dieser Verlaufsuntersuchung sowohl Patienten mit Symptomverbesserung bzw. Symptomfreiheit als auch Patienten mit Symptomverschlechterung vorkommen.

Den Befragten werden gleichzeitig die Begriffspaare positiv/angenehm/erfreulich versus negativ/unangenehm/ unerfreulich zur Beurteilung auf einer Skala von 0 bis 6 vorgegeben (siehe Anhang A) um anzudeuten, daß hier eine globale, dichotome Differenzierung der Ereignisqualität erfragt wird und nicht spezielle Aspekte.

Dieses Vorgehen wird gestützt durch eine Untersuchung von Gräser et al. (1981), die zur Beurteilung der Ereignisse 18 verschiedene Skalen vorgaben. Sie extrahierten 6 Faktoren und nannten den ersten Faktor Erwünschtheit. Die drei Bewertungsskalen mit den höchsten Ladungen auf Faktor 1 sind folgendermaßen formuliert:

	Ladung
ist zufriedenstellend	.89
ist erwünscht	.87
ist unangenehm	-.85

Die Erhebung der positiven Qualität eines Ereignisses stand als Forschungsgegenstand lange Zeit im Hintergrund, da in der Lebensereignisforschung primär Zusammenhänge zwischen Ereignissen und Krankheitsbeginn interessierten. Da zunächst nicht angenommen wird, daß von positiven Ereignissen krankheitsauslösende oder verursachende Einflüsse ausgehen, fand diese Ereignisqualität zunächst nur Eingang in die Life-Event-Literatur als Bestätigung dafür, daß es keinen Zusammenhang zwischen positiven Ereignissen und dem Krankheitsausbruch gibt (Smith et al. 1978; Paykel 1974; Mehrabian und Ross 1979; McFarlane et al. 1980).

Dieser Interessenschwerpunkt der Forscher spiegelte sich in der Auswahl der untersuchten Items wider. Das Verhältnis von neutralen und als unerwünscht einstufbaren Ereignissen zu potentiell positiven Ereignissen war sehr unausgewogen (z.B. die Liste von Paykel beinhaltete Ereignisse, die erwünscht waren gegenüber Ereignissen, die neutral oder eher unerwünscht waren, in einem Verhältnis 3:13).

Zunehmend rückte jedoch die Erwünschtheit als Beurteilungsdimension von Ereignissen in den Vordergrund (Johnson und Sarason 1978, 1979; Paykel et al. 1971; Mechanic 1975; Vinokur und Selzer 1975; Sarason et al. 1978; Grant et al. 1981).

Ein häufig gefundenes Ergebnis ist die Feststellung einer direkten Beziehung zwischen negativen Ereignissen und körperlicher und psychischer Symptomatik und einer inversen Beziehung von positiven/erwünschten Ereignissen zur Krankheit.

Eine Reihe Untersuchungen konnten nachweisen, daß die Anzahl von Ereignissen keinen Vorhersagewert für psychiatrische Symptomatik besitzt, wenn man das Ausmaß der Erwünschtheit kontrolliert (Ross und Mirowsky 1979; Mc Farlane et al. 1980; Mueller et al. 1977; Hall et al. 1977).

Positive Ereignisse scheinen jedoch nicht nur in negativer Korrelation zur Krankheit zu stehen wie Lowenthal et al. (1977) und Chiriboga (1977) zeigen konnten. Die Autoren fanden, daß negative Ereignisse mit der Zunahme der Symptomatik korrelieren, während positive Ereignisse eher im Zusammenhang mit Wohlbefinden oder entsprechenden positiven Konditionen zu stehen scheinen.

Die Dichotomisierung der Gefühle in positiv und negativ ist nach Bradburn (1969) sinnvoll und notwendig, da beide unabhängig voneinander auftreten. Die Information über das Ausmaß negativer Erfahrung in definierter Zeit gibt keine Auskunft über das Ausmaß der positiven Gefühle in derselben Zeit.
Jedoch die Differenz beider scheint nach Bradburn ein guter Prädiktor für das Allgemeinbefinden einer Person zu sein.
Heath (1964) fand, daß elektrische Stimulation des Septum pellucidum angenehme Gefühle induziert, die körperlichen und seelischen Schmerz löschen können. (vgl. auch Olds, 1962)
Es wird angenommen, daß das Septum nicht nur bei positiven Erfahrungen durch elektrische Stimulation, sondern auch bei Alltagserfahrungen beteiligt ist.
Brenner (1975) wies darauf hin, daß Freude (enjoyment) ein protektiver Faktor gegen Depression ist. (Vgl. auch Reich und Zautra 1981)
Positive Erfahrungen wirken den Konsequenzen negativer Erfahrungen (z.B. Depression) entgegen und können den Circulus vitiosus zwischen Depression und den daraus folgenden Konsequenzen, die selbst wieder zum negativen Stimulus werden können, durchbrechen. Zusätzlich wird angenommen, daß nicht nur das Vorhandensein negativer Bedingungen über die intervenierende Variable Depression zu psycho-physiologischen Störungen führen kann, sondern daß bereits das Fehlen von Freude und positiven Erfahrun-

gen, definiert als fehlende Zufriedenheit in wichtigen Lebensbereichen (Beruf, Ehe, Kinder, Familie, Freundeskreis), als Ursache für Störungen ausreicht. Auch Kanner et al. (1978) weist darauf hin, daß das Fehlen positiver Bedingungen eine Ursache von Streß sein kann.

Die Überlegung, daß positive Ereignisse möglicherweise als protektiver Faktor anzusehen sind, gewinnt in der Life-Event-Forschung zunehmend an Bedeutung. Justice et al. (1981) konnten zeigen, daß die Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines "burnout" (eine exzessive berufliche Streßreaktion) durch Reduktion negativer Faktoren, aber auch durch Förderung von positiven Ereignissen deutlich verringert werden kann.
Brown und Harris (1978) zeigten, daß die Beziehung zu einem Vertrauten, mit dem man über seine Probleme sprechen kann, ein Schutz gegen Depression sein kann. (vgl. auch Roy 1978)
In diesem Zusammenhang sind auch Untersuchungen zu werten, die sich mit der protektiven Wirkung von sozialer Unterstützung in streßreichen Lebenssituationen befassen. (Wilcox 1981; S. Cobb 1976)

In dieser Untersuchung könnte die mit Intensivierung, Verbesserung von Kontakten klassifizierte Ereigniskategorie dem Aspekt sozialer Stützung entsprechen, der als "informelles, soziales Netzwerk" bezeichnet wird oder als interpersonelle Hilfe in der "Kernfamilie". (Bazeley und Viney 1974; Westbrook 1979)
Es kann davon ausgegangen werden, daß negative, spannungsreiche Beziehungen zum Partner, zu Kindern und Eltern nicht nur ein Belastungsfaktor sind, sondern zusätzlich stützende, klärende Gespräche oder Tröstung bei Problemen verhindern, während "Intensivierung und Verbesserung von Kontakten" als positiv bewertete Beziehungsereignisse dem Modell protektiver sozialer Stützung nahekommen.

In der Lerntheorie gehören seit langem neben der Darbietung und Beseitigung negativer Verstärker die Darbietung und Beseitigung positiver Verstärker zu den grundlegenden Lernbedingungen menschlichen Verhaltens und Fühlens. (Holland und Skinner, 1961)

3. Probleme und Ergebnisse der Life-Event Forschung in der Psychiatrie

3.1 Probleme

Das Fehlen eines einheitlichen Modells darüber, was Lebensereignisse sind und wie der Prozeß zwischen Ereignissen und Krankheit zu definieren und zu untersuchen sei, zieht eine Reihe von Problemen und Fehlerquellen nach sich und erschwert die Vergleichbarkeit und Darstellung der Untersuchungsergebnisse.
Die Erhebung der Lebensereignisse erfolgt teils im Interview, teils durch Selbstbeurteilungslisten oder Interviewleitfäden, die von unterschiedlicher Güte und Zuverlässigkeit sind. Die Kriterien der Diagnosefindung und die Stichprobenauswahl variieren von Untersuchung zu Untersuchung, häufig werden sie in den Veröffentlichungen nicht einmal erwähnt (vgl. Methodenkritik u.a. bei Dohrenwend & Dohrenwend, 1974, 1978; Johnson und Sarason, 1978; Rabkin und Struening, 1976; Rahe, 1974; Katschnig, 1980).
In der Psychiatrie besteht insbesondere die Gefahr, daß Wahrnehmungsverzerrungen und das Erklärungsbedürfnis für die Entstehung der Erkrankung zu einer fälschlich erhöhten Ereignisrate oder Gewichtung (Grant et al. 1976; Schless et al. 1974) führt. Bei der Mehrzahl der gegenwärtigen Untersuchungen werden die Lebensereignisse retrospektiv erhoben, so daß zusätzlich eine Verfälschung der Ergebnisse durch Vergessen oder Erinnerungsmängel zu befürchten ist.

Jenkins et al. (1979) legte 400 gesunden Personen drei verschiedene Life-Event-Skalen zur Selbstbeurteilung vor (Holmes/Rahe-Liste; Paykel-Liste und eine vom Autor selbst formulierte Liste). Als die Erhebung nach 9 Monaten wiederholt wurde, zeigte sich eine Vergessensrate

von 46 % für die Holmes/Rahe-Liste (Re-Test Korrelation r=.38), von 40 % für die Paykel-Liste (r=.40) und 34 % für die Jenkins-Liste (r=.45). Die geringe Reliabilität sei vermutlich Folge der unklar definierten Items, die dazu führe, daß ein- und dasselbe Ereignis zu verschiedenen Zeiten unter verschiedene Items subsumiert werde, z.B. einmal als Familienkrise und einmal als Eheproblem. Außerdem könnten die vage formulierten Items bei gleichzeitigem Fehlen von Einschlußkriterien dazu führen, daß ein Item wie "finanzielle Schwierigkeiten" zum Zeitpunkt des Auftretens als gravierend genug erlebt werde, um einbezogen zu werden, einige Monate später jedoch bereits nicht mehr erwähnenswert scheine.

Casey et al. (1967) berichten, daß sie trotz großer Erhebungszeiträume keinen wesentlichen Abfall der Reliabilität und der Erinnerungsrate ("fall off") feststellen konnten.

Die Übersicht von Neugebauer (1981) zeigt, daß "fall off" und Reliabilität stark von der Erhebungsmethodik und der Itemformulierung abhängen. Neuere Untersuchungen (Schmid et al. 1981) lassen vermuten, daß der größte Teil des "fall off" in den ersten Wochen nach Auftreten des Ereignisses zu beobachten ist, während in der Folgezeit über längere Zeiträume die Zahl der berichteten Ereignisse nicht mehr so stark abfällt.

Außer den Mängeln der Erhebungsinstrumente wird der psychopathologische Zustand und da besonders die Stimmung zum Zeitpunkt der Erhebung als Störvariable diskutiert. Lloyd und Lishman (1975) fanden, daß mit zunehmender Depression unangenehme Erfahrungen schneller erinnert werden als angenehme Erfahrungen, umgekehrt war es bei Nicht-Depressiven.

Teasdale und Fogarty (1979) fanden dagegen, daß die im Labor induzierte Verstimmung ohne Einfluß auf die Erinnerungslatenz von negativen Erfahrungen war, jedoch die Erinnerungslatenz von positiven Erfahrungen deutlich

erhöht wurde. Entsprechende Ergebnisse berichten Isen et al. (1978).
Keinen Einfluß dagegen hatte die Stimmung des Befragten auf die Bewertung (Kategorisierung) der Erinnerungen. Die Kategorisierung (positiv/negativ) der Befragten stimmte mit der Bewertung unabhängiger Beurteiler überein. Die Autoren nehmen an, daß die gegenwärtige Stimmung keinen Einfluß auf bereits länger zurückliegende und bereits gespeicherte Inhalte hat.

Man kann die Untersuchungen danach unterscheiden, ob sie Lebensereignisse vor Krankheitsbeginn (Onset-Forschung; gelegentlich auch Krankheitsrückfall) untersuchen oder ob sie längerfristige Beziehungen zwischen Ereignissen und Krankheitsverläufen zu bestimmen suchen.
Untersuchungen, die zum Ziel haben, die Richtung der Beziehungen zwischen Ereignissen und Krankheit zu bestimmen, d.h. einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Lebensereignissen und dem Krankheitsbeginn zu belegen, müssen Lebensereignisse eindeutig vor dem Krankheitsbeginn lokalisieren können. Nur die exakte Datierung des Krankheitsbeginns kann eine Kontamination der abhängigen mit der unabhängigen Variablen verhindern. Die Festlegung des Krankheitsbeginns ist jedoch bekanntlich in der Psychiatrie schwierig; dies trifft besonders für Depressionen und Schizophrenien zu, die in der gegenwärtigen Life-Event-Forschung zu den häufigst untersuchten Diagnosegruppen gehören. Oft geht dem akuten Krankheitsausbruch (der jedoch nach verwendetem Diagnoseschema variieren kann) eine subklinische Phase oder Prodomalphase voraus, deren Merkmale schwer vom gesunden Verhalten und Erleben abgrenzbar sind. Bei schleichendem Krankheitsbeginn ist eine abrupte Zäsur zwischen Krankheit und prämorbider Persönlichkeit nicht feststellbar. Fordert man dennoch die Definition eines eindeutigen Krankheitsbeginns, so

führt das zu großen Ausfällen bei der Patientenstichprobe.
Die Unsicherheit in der Datierung des Krankheitsbeginns führte beispielsweise bei Brown und Birley (1968) dazu, daß 60 % der schizophrenen Erstaufnahmen nicht in die Untersuchung einbezogen werden konnten. Jedoch nur wenige Untersucher bemühen sich um ein exaktes, methodisches Vorgehen wie die Forschungsgruppe um Brown; teilweise wird sogar nur die Krankenhausaufnahme als Bezugspunkt für die Erhebung gewählt.
Geht man jedoch idealerweise davon aus, bei den 40 % der schizophrenen Erstaufnahmen, die Brown und Birley (1968) in ihre Untersuchung einbezogen, sei der Krankheitsbeginn exakt definiert worden, so bleiben bezüglich der Kausalitätsbestimmung dennoch Zweifel, wenn man bedenkt, daß der wesentliche Anstieg der Ereignisrate drei Wochen vor Krankheitsbeginn lag.
Subklinisch verlaufende Veränderungen der Gesundheit können auch hier zum Auslöser für Ereignisse werden, sofern die Analyse sich nicht auf Ereignisse beschränkt, die vom Einfluß des Patienten unabhängig sind. Ereignisse, die schicksalsmäßig über den Betroffenen hereinbrechen, sind jedoch selten. Vielleicht ist es bei dem gegenwärtigen Stand der Forschung auch sinnvoller, sich zunächst einmal auf die Erhellung der komplexen Wechselwirkung zwischen Ereignissen und Krankheit zu beschränken, bevor die schwierige Frage der Kausalität thematisiert wird.

Ein Versuch, die Richtung der Beziehung zwischen Ereignissen und Krankheit zu bestimmen, ist die Feststellung des Anteils der Patienten, die Ereignisse vor, während oder nach Erkrankungsbeginn erlebten. Dieses Vorgehen setzt jedoch stillschweigend die exakte Datierbarkeit der Ereignisse und die genaue Betimmbarkeit des Krankheitsbeginns voraus. Cadoret et al. (1972) beispielsweise fanden bei depressiven Patienten und deren Angehörigen bei ge-

nauer Beachtung der zeitlichen Beziehung, daß nur 5 von 26 Patienten (19 %) das Ereignis vor der Erkrankung erlebten. 14 Patienten (54 %) zeigten bereits Symptome vor Auftreten des Ereignisses und bei 7 (27 %) Patienten traten Ereignisse und Symptomatik simultan auf. Entsprechend gingen Hudgens et al. (1967) vor. Sie fanden bei 34 Depressiven und 6 Manikern, daß 10 von 40 Patienten (25 %) ein streßreiches Ereignis vor Krankheitsbeginn erlebten. 8 Patienten (20 %) hatten bereits vor dem Auftreten des Ereignisses einige Symptome entwickelt, die volle Störung kam jedoch erst nach dem Ereignis zum Ausbruch. 11 Patienten erlebten das Ereignis erst, nachdem die Symptomatik voll entwickelt war. Hudgens et al. ziehen daraus die Schlußfolgerung, daß Ereignisse vor Krankheitsbeginn nur zufällig sind, daß jedoch Ereignisse, die während einer affektiven Störung auftreten, dazu führen, daß die Symptomatik verschlechtert wird oder daß das Ereignis Ursache für die Aufnahme der Therapie ist.

Brown et al. (1973 a) haben versucht, ein Maß zur Verfügung zu stellen, um den relativen Beitrag von Lebensereignissen bei der Auslösung von Erkrankungen abzuschätzen. Errechnet werden soll die durchschnittliche Zeitspanne, um die ein spontaner Krankheitsbeginn durch Lebensereignisse früher hervorgerufen wird. Die Formel für die "brought forward time" ist im Gegensatz zu den dazugehörigen mathematischen Ableitungen relativ einfach.

$$\frac{h - p}{r(1-h)} \times 1 \text{ time unit}$$

h = der Anteil der Patienten mit wenigstens einem Ereignis
p = der Anteil der Normalpopulation mit wenigstens einem Ereignis
r = die Ereignishäufigkeit der Normalpopulation

Nach dieser Formel berechnete Brown für die drei Wochen vor Krankheitsbeginn bei Depressiven eine "brought forward time" von 10 Wochen, d.h. die Häufungen der Ereignisse in den drei Wochen vor Krankheitsausbruch haben lediglich einen auslösenden Effekt (triggering Effekt).

Bei einer Reduktion der Berechnung auf die schwerwiegenden Ereignisse zeigte sich ein ganz anderes Bild. Schwerwiegende Ereignisse sind in der Normalpopulation selten. Nur 12 % der Normalbevölkerung haben mindestens ein schwerwiegendes Ereignis in dem Zeitraum von 38 Wochen erlebt im Vergleich zu 42 % der Patienten mit Depressionen. Daraus errechnet sich eine "brought forward time" von zwei Jahren. Das bedeutet nach Brown, daß schwerwiegende Lebensereignisse einen krankheitsauslösenden Effekt haben (formativer Effekt).

Paykel (1978) kritisiert die Methode; sie lasse sich nicht ohne Schwierigkeiten mit bestehenden Arbeiten über verursachende Effekte vereinbaren oder mit epidemiologischen Studien, bei denen die Inzidenz errechnet werde. Es fehle eine anschauliche Grundlage und es sei nicht unmittelbar verständlich, wodurch eine hohe oder niedrige "brought forward time" konstituiert werde. Die Grenze sei nicht, wie man annehmen könne, die Länge der durchschnittlichen Lebenserwartung. Problematisch bei dieser Berechnungsweise sei es auch, daß die Größe der "brought forward time" abhängig sei von der Zeiteinheit, die errechnet werde, d.h. wenn nur drei Monate untersucht würden und die Mehrzahl der Ereignisse sich auf neun Monate erstrecke, dann würde die "brought forward time" bedeutend unterschätzt. Werde die Zeiteinheit über die verursachende Periode hinausgedehnt, dann bliebe die "brought forward time" konstant.

Ein weiterer Diskussionspunkt ist die Frage, inwieweit eine Kontrollgruppe aus der Normalbevölkerung erforderlich ist. Daß die Interpretation von Fallkontrollstudien problematisch sein kann, indem je nach Inzidenz der Erkrankung die tatsächlichen Zusammenhänge verschleiert werden, zeigt Paykel (1978) an einem anschaulichen Beispiel:
Bei einer Fallkontrollstudie erlebten 25 % Depressive ein Verlustereignis in 6 Monaten und 5 % der Personen der Kontrollgruppe aus der Normalbevölkerung.
Geht man in einem Rechenbeispiel von der Schätzung aus, die Neuerkrankungen an Depressionen betragen im Zeitraum von 6 Monaten 2 % und nimmt 10 000 Personen der Normalbevölkerung als Bezugsrahmen, dann erkranken innerhalb von 6 Monaten 200 Personen an Depression, 9 800 sind Nicht-Depressive. 5 % der Nicht-Depressiven erleben ein Verlustereignis = 490 Personen und 25 % der Depressiven erleben ein Verlustereignis = 50 Personen, d.h. von 540 Personen, die ein Verlustereignis erleben, erkranken nur 9 % (50 Personen) an Depression. Der größere Teil der Varianz muß folglich anderen Bedingungen zugeschrieben werden.

Ein sinnvolles und einfach anzuwendendes Maß ist nach Paykel beispielsweise die Erfassung des relativen Risikos, wobei in Beziehung gesetzt wird der Anteil der Erkrankungen, die einem bestimmten Faktor ausgesetzt sind zu denen, die diesem Faktor nicht ausgesetzt sind. Paykel empfiehlt dieses Vorgehen für Patientenstichproben.

3.2 Lebensereignisse vor Krankheitsbeginn

3.2.1 Verlustereignisse im Vorfeld der Depression

Zu den frühesten und bekanntesten Arbeiten der Lebensereignisforschung im psychiatrischen Bereich gehören die Untersuchungen von Paykel und Mitarbeitern.
Paykel et al. (1969) fanden bei 185 stationär aufgenommenen Depressiven in einem Erhebungszeitraum von 6 Monaten vor Aufnahme dreimal mehr Ereignisse als bei einer parallelisierten Kontrollgruppe der Normalbevölkerung. (Erhebung im Interview anhand einer 21-Item-Liste, zwei Wochen nachdem sich die Symptomatik der Patienten verbessert hatte; keine Angaben über das diagnostische Klassifikationsschema.)
Für 8 Ereignisse wurde ein signifikanter Unterschied zwischen Depressiven und Gesunden ermittelt: Zunahme der Auseinandersetzungen mit dem Partner, Trennung vom Ehepartner, Arbeitsbeginn oder Wechsel der Arbeitsstelle, Tod eines Familienmitgliedes, schwere Erkrankung eines Familienmitgliedes, Auszug eines Familienmitgliedes, schwere körperliche Erkrankung des Befragten, wesentliche Veränderungen in den Arbeitsbedingungen.
Auf der Suche nach spezifischen Merkmalskonstellationen von Ereignissen, die im Vorfeld von Depressionen gehäuft auftreten, wurden die Ereignisse nach verschiedenen Gesichtspunkten zu sich teilweise überlappenden Gruppen zusammengefaßt:

1. Nach den Lebensbereichen: Beruf, Gesundheit, Familie, Ehe, Gesetz,
2. in erwünschte und unerwünschte Ereignisse (Einteilung wurde durch den Untersucher vorgenommen, das Verhältnis von unerwünschten zu erwünschten Ereignissen betrug 16:3),
3. Entrances und Exits (das Hinzukommen einer neuen

Person oder der Verlust einer Person, eine Person verläßt das soziale Feld des Befragten).

Es zeigten sich keine Unterschiede in der Anzahl der nach Lebensbereichen sortierten Ereignisse. Depressive erlebten jedoch mehr unerwünschte Ereignisse als die Kontrollgruppe. In der Anzahl der erwünschten Ereignisse zeigten sich keine Unterschiede, beide Gruppen erlebten mehr unerwünschte als erwünschte Ereignisse (wobei das unausgewogene Verhältnis von erwünschten zu unerwünschten Ereignissen in der Erhebungsliste zu berücksichtigen ist). Die Einteilung nach Verlustereignissen (Exits) führte zu signifikanten Unterschieden zwischen den Untersuchungsgruppen. Depressive erleben häufiger den Verlust einer Person im Vorfeld der Erkrankung als gesunde Personen. Ereignisse der Kategorie Entrances treten in beiden Gruppen gleich häufig auf.
"Exits" werden stets als sehr stark beunruhigend und Entrances als weniger beunruhigend beurteilt. Dies konnten Paykel et al. (1971) und Paykel und Uhlenhuth (1972) an einer Stichprobe von gesunden Personen mit verschiedenen soziodemographischen Charakteristika zeigen.

Die klinische Erfahrung zeigt, daß Verlustereignisse häufig im Vorfeld von Depressionen auftreten. Der klinische Eindruck konnte noch durch eine Reihe weiterer Untersuchungen gestützt werden, wobei besonders der Tod des (Ehe)-Partners als schwerwiegendes, der Depression vorausgehendes Ereignis erkannt wurde. (Parkes 1964; Frost und Clayton 1977; Briscoe und Smith 1975)

Schwere depressive Reaktionen wurden auch als Folge des Verlustes eines Elternteils oder eines Kindes gefunden (Birtchnell 1970; Frost und Clayton 1977) während der Tod eines Geschwisters oder Trennungsereignisse weniger schwerwiegende Reaktionen zur Folge haben sollen. Andere

Untersucher wie Sethi (1964) konnten dagegen zeigen, daß Trennungsereignisse Patienten mit schwerer von Patienten mit leichter depressiver Symptomatik unterscheiden.
Da jedoch nicht bei allen Depressiven vorausgehende Verlust- oder Trennungsereignisse gefunden werden, geht man davon aus, daß noch andere Faktoren wirksam seien, wie emotionale Unterstützung durch Familienmitglieder einerseits (Clayton et al. 1972) oder zusätzlich belastende Faktoren andererseits.

Brown et al. (1977) fanden, daß die Entstehungswahrscheinlichkeit einer Depression bei Frauen, die schwerwiegende Lebensereignisse erfahren hatten, durch zusätzliche Faktoren, sogenannte Vulnerabilitätsfaktoren, erhöht wird, ohne daß die von den Autoren identifizierten Faktoren für sich allein (ohne Auftreten kritischer Lebensereignisse) krankheitsauslösend sind.
Dazu gehören der Verlust der Mutter vor dem 11. Lebensjahr, die Anwesenheit von 3 oder mehr Kindern unter 14 Jahren im Haushalt und das Fehlen einer vertrauensvollen Beziehung zum Ehemann bei fehlender beruflicher Tätigkeit der Patientin.
Da diese Faktoren besonders häufig bei Unterschichtsfrauen gefunden werden, könnten sie eine Erklärung liefern für die Schichtunterschiede in der Inzidenz psychiatrischer Erkrankungen.
Frühkindliche Verlustereignisse als zusätzlich wirksamer Vulnerabilitätsfaktor wurden besonders häufig untersucht. Außer Brown et al. (1977) fanden Roy (1978); Forrest et al. (1965); Denneley (1966); Caplan und Douglas (1969); Munro und Griffiths (1969) bei depressiven Patienten häufiger den frühen Tod eines Elternteils als bei nicht depressiven psychiatrischen Patienten oder Patienten mit körperlichen Erkrankungen.
Meist wird ein Zusammenhang zwischen dem Verlust der Mutter in früher Kindheit und Depression gefunden. Ge-

legentlich wird jedoch auch berichtet, daß der frühe Verlust des Vaters gehäuft bei depressiven Patienten auftritt. (Hill und Price 1967)
Tennant et al. (1980) und Crook und Eliot (1980) ziehen jedoch in ihrem Überblicksartikel die Schlußfolgerung, daß aus den vorliegenden Untersuchungen nicht gefolgert werden könne, daß der Verlust der Eltern in der Kindheit ein Faktor von ätiologischer Bedeutung für die Depressionen im Erwachsenenalter sein könne.
Auch Lloyd (1980) resümiert in seinem Überblicksartikel, daß die Zusammenhänge zwischen frühkindlichen Verlustereignissen und der Depression im Erwachsenenalter, wenn auch nicht besonders stark, so doch vorhanden seien, was darauf hinwiese, daß der frühkindliche Verlust im Sinne eines prädisponierenden- oder Verletzlichkeitsfaktors wirksam sein könne, der besonders dann zum Tragen käme, wenn zusätzlich lebensverändernde Ereignisse auftreten.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß Verlustereignisse gehäuft im Vorfeld der Depressionen auftreten, wobei neben Trennungsereignissen besonders der Tod eines Partners, des Kindes oder eines Elternteils bedeutsam sind. Die Depression als Reaktion auf Verlustereignisse erscheint als Erklärungskonzept nicht hinreichend und bedarf weiterer Annahmen. Als zusätzlich wirksame Faktoren, die zusammen mit dem gehäuften Auftreten belastender Lebensereignisse eine Depression bewirken können, werden Vulnerabilitätsfaktoren diskutiert wie frühkindlicher Verlust eines Elternteils und das Fehlen von emotionaler Unterstützung, insbesondere das Fehlen einer vertrauensvollen Beziehung zum Ehepartner.

3.2.2 Vergleich der Lebensereignisse bei verschiedenen Formen affektiver Störungen

Versuche, Unterschiede zwischen endogenen und reaktiven Depressionen und zwischen unipolaren bzw. bipolaren affektiven Störungen mit Hilfe unterschiedlicher Lebensereignisraten zu dokumentieren, waren bisher wenig erfolgreich. Reaktiv Depressive, so die Erwartung, müßten mehr lebensverändernde Ereignisse erlebt haben, als Patienten, die als endogen Depressive diagnostiziert seien.

Thompson und Hendrie (1972) fanden in ihrer Untersuchung zwar eine größere Anzahl von Lebensereignissen bei reaktiven als bei endogen depressiven, stationär behandelten Patienten, die Unterschiede waren jedoch nicht signifikant. Die Autoren schließen daraus, daß Lebensereignisse für alle diagnostischen Untergruppen der Depression relevant sind.

Auch Clum (1976) und Rahe (1972) fanden keine Unterschiede zwischen Lebensveränderungen und der Unterscheidung reaktiver, versus endogen-depressiver Symptomatik (vgl. auch Brown et al. 1979).

Unklar ist ebenfalls die Frage, ob es Unterschiede zwischen unipolar Depressiven und bipolar Depressiven bezüglich der Anzahl der erlebten Ereignisse vor Krankheitsbeginn gibt. Clancy et al. (1973) fanden weniger Lebensereignisse vor Krankheitsbeginn und weniger frühkindliche Verlustereignisse bei bipolar Depressiven als bei unipolar Depressiven. 39 % der unipolar Depressiven erlebten in den drei Monaten vor Krankheitsbeginn ein streßreiches Ereignis, verglichen mit 27 % der bipolaren Fälle. Die Datenerhebung beruhte jedoch auf Auswertungen von Krankengeschichten.

Patrick et al. (1978) dagegen konnten keine Unterschiede bei verschiedenen Patienten mit primärer affektiver Störung (Feighner et al. 1972) feststellen. 167 Patienten

mit bipolarer Depression berichteten vergleichbar viele Ereignisse pro Krankheitsbeginn, wie die 16 Patienten mit unipolarer Depression. Es wurde bei dieser Untersuchung nicht kontrolliert, wie hoch der Anteil reaktiver Depressionen war. Außerdem ist zu bemängeln, daß die Erhebung der Ereignisse 20-30 Jahre nach Krankheitsbeginn durchgeführt wurde.
Eine viermal so hohe Ereignisrate 4 Wochen vor der stationären Aufnahme fand Ambelas (1979) bei Manikern im Vergleich zu einer Kontrollgruppe von Patienten, die zu einer Operation aufgenommen wurden.

Die Güte der vorliegenden Arbeiten läßt keine sichere Schlußfolgerung über die Ereignisrate bei verschiedenen Formen affektiver Störung zu. Zukünftige Untersuchungen müssen klären, ob Patienten vor Beginn einer Manie tatsächlich besonders viele Ereignisse erleben; dazu ist jedoch die Prüfung der Symptomabhängigkeit der Ereignisse notwendig (Ereignisse in Form ungewöhnlicher Handlungen als Folge der gesteigerten Aktivität gehören ja typischerweise zum Beginn einer Manie).

3.2.3 Lebensereignisse im Vorfeld der Schizophrenie

Für die Ätiologie schizophrener Erkrankungen haben Lebensereignisse bisher eine untergeordnete Bedeutung. Bekannt ist der Anstieg der Psychoserate bei Frauen unmittelbar nach der Niederkunft (Pugh et al. 1963; Pfaffenbarger 1964).
Bei Imigranten steht nach Malzberg (1980) (vgl.auch Cooper 1980) die Schizophrenierate im umgekehrten Verhältnis zur Zeitspanne der Einwanderung. Steinberg und Durell (1968) fanden eine signifikante Erhöhung der Schizophrenierate in den ersten Monaten des Militärdienstes verglichen mit den übrigen Monaten. Die Autoren gehen

davon aus, daß bei Personen mit einer entsprechenden Vulnerabilität die Schizophrenie durch plötzliche Erhöhung der geforderten sozialen Anpassungsleistung ausgelöst werden kann. Einige Untersuchungen konnten im Vergleich zur Normalbevölkerung eine Erhöhung der Ereignisrate kurz vor Beginn der Schizophrenie feststellen.

Die Ergebnisse der Studie von Brown/Birley (1968) beschränken sich in ihrer Aussage auf Patienten, die einen klaren datierbaren Krankheitsbeginn haben. (40 % von 123 Patienten erfüllten das Kriterium)
Die Diagnose wurde durch einen Psychiater im standardisierten Interview, das auf der "Wing Present State Examination" basierte, gestellt. (Wing et al. 1967) Eine Prodomalphase wurde dabei nicht berücksichtigt. Der Krankheitsbeginn mußte innerhalb von 13 Wochen vor Aufnahme eingetreten sein. (19 Ersterkrankungen und 31 Rückfälle) Der Erhebungszeitraum für die Lebensereignisse betrug ebenfalls 13 Wochen. Als Kontrollgruppe diente eine nach Alter und Nationalität vergleichbare Stichprobe der Normalbevölkerung. Die Auswertung ergab signifikante Unterschiede zwischen Patienten und Kontrollgruppe und innerhalb der Patientengruppe. Bei Einteilung des Erhebungszeitraumes in vier Dreiwocheneinheiten zeigte sich für die Kontrollgruppe, daß pro Zeiteinheit konstant gleich viele Personen mindestens ein Ereignis erlebt hatten. (20 % unter Einbeziehung aller Ereignisse, 14 % bei Beschränkung auf symptomunabhängige Ereignisse)
Der prozentuale Anteil der Patienten, die mindestens ein Ereignis erlebt hatten, betrug für die drei Wochen unmittelbar vor Aufnahme 60 % (46 % für symptomunabhängige Ereignisse) und für die weiter zurückliegenden Zeiteinheiten (9 Wochen) betrug der Anteil nur noch 22 % (12 % für symptomunabhängige Ereignisse). Durch zusätzliche Interviews mit Angehörigen konnte herausgefunden werden, daß Patienten, die mindestens ein Ereignis in den drei

Wochen vor Aufnahme erlebt hatten, signifikant häufiger aus Familien mit starken zwischenmenschlichen Spannungen und Schwierigkeiten kamen.
In einer darauf folgenden Publikation (Brown et al. 1973) weisen die Autoren darauf hin, daß man keine kausale Beziehung zwischen Lebensereignissen und der schizophrenen Erkrankung nachweisen könne. Im Gegensatz zu depressiven Erkrankungen sei der Effekt der Lebensereignisse bei schizophrenen Erkrankungen als auslösend (triggering) und nicht als verursachend anzusehen.
Schwartz und Myers (1977) fanden, daß Schizophrene signifikant mehr Lebensereignisse erlebten, als die Kontrollgruppe aus der Normalbevölkerung. Gehäuft traten Verlustereignisse (exits) und Ereignisse aus den Bereichen zwischenmenschliche Beziehung, Gesundheit, Arbeit und Gesetz auf. Eine zusätzliche Untersuchung über den Einfluß der Ereignisse auf die Symptomkonfiguration zeigte die größte Wirkung der Ereignisse auf die nicht psychotischen Symptome wie Angst, Depression und somatische Beschwerden.

In der Untersuchung von Jacobs und Myers (1976) wurden im Gegensatz zur Brown-Studie nur schizophrene Ersterkrankungen einbezogen. 62 Kontrollpersonen der Normalbevölkerung wurden nach Alter, Geschlecht, Ehestand, Rasse und sozialer Klasse den 62 Patienten zugeordnet. Beide Gruppen waren vorwiegend jünger als 30 Jahre und von niedrigem sozialen Status. (Kontrollpersonen und Patienten wurden von verschiedenen Interviewern befragt anhand einer 58 Items umfassenden Liste, einer Modifikation der Holmes/Rahe-Liste; Erhebungszeitraum 1 Jahr; Diagnosestellung nach einer Checkliste.) Patienten berichteten signifikant mehr Ereignisse als die Kontrollgruppe. Die Unterschiede verschwanden jedoch, wenn Ereignisse aus der Berechnung genommen wurden, die potentiell auch Folge der Erkrankung sein konnten.

Die Klassifikation der Ereignisse zeigte, daß bei Patienten eher "Familienereignisse", "Umsiedlungen", "unerwünschte Ereignisse" und mehr "Probleme im Zusammenhang mit Gesetzen" auftraten. (Ein besonders häufiges Einzelereignis war der Verlust eines Lieblingstieres.) Die Bereiche Ehe, Erziehung, zwischenmenschliche Beziehung, Gesundheit, Arbeit und Finanzielles zeigten keine Unterschiede.
Jacobs und Myers halten den Einfluß von Lebensereignissen für die Auslösung von Schizophrenien für gering. Bestenfalls, so ihre Schlußfolgerung, wäre ein auslösender (triggering) Effekt denkbar, wie er von Brown und Kollegen (1973) vorgeschlagen wurde.
Entsprechende Schlußfolgerungen zieht Day (1981) in ihrem Übersichtsartikel über Lebensereignisse und Schizophrenie. Streßreiche Ereignisse seien, so Day, nur ein Teil der gesamten Faktoren, die mit dem Beginn akuter schizophrener Episoden assoziiert seien, und es fehle bis heute der Beweis dafür, daß es sich um eine notwendige oder direkte Beziehung handele.

3.2.4 Die Ereignisrate bei verschiedenen psychiatrischen Diagnosen im Vergleich

Der bisher häufigste Vergleich verschiedener psychiatrischer Erkrankungen hinsichtlich des Auftretens von Lebensereignissen erfolgte zwischen Depressionen und schizophrenen Patienten.
Die Ergebnisse legen eine Beziehung zwischen verschiedenen Diagnosen und dem unterschiedlichen Einfluß vorausgehender Lebensereignisse nahe.
So berichten Jacobs et al. (1974) über eine Untersuchung an 50 Erstaufnahmen mit der Diagnose Schizophrenie, die mit einer parallelisierten Kontrollgruppe Depressiver verglichen wurden. In den 6 Monaten vor Krankheitsbeginn

erlebten die schizophrenen Patienten ein Drittel weniger Lebensereignisse als depressive Patienten. Signifikant war dieser Unterschied für die Ereigniskategorien "unerwünschte Ereignisse", "Verlustereignisse" und "Ereignisse aus dem Gesundheitsbereich und dem finanziellen Bereich", die bei Depressiven häufiger auftraten.
Ebenfalls deutliche Unterschiede in der Anzahl der erlebten Ereignisse vor Krankheitsbeginn bei schizophrenen Patienten im Vergleich zu unipolaren und bipolaren affektiven Störungen (Feighner-Kriterien, 1972) berichten Clancy et al. (1973). Während nur 11 % der schizophrenen Patienten ein streßreiches Ereignis drei Monate vor Krankheitsbeginn erlebten, berichteten 27 % der bipolar affektiv Gestörten und 39 % der unipolar Depressiven ein streßreiches Ereignis für eine entsprechende Zeitspanne. Bei der Auswahl des Erhebungszeitraumes wurde für die Schizophrenen eine Prodomalphase von 6 Monaten und für die Depressiven eine Prodomalphase von einem Monat berücksichtigt. Leider erfolgte die Bestimmung der Lebensereignisse nachträglich durch Sichtung der Krankengeschichten, so daß man befürchten muß, daß die Konzepte der Psychiater über die unterschiedlichen Ursachen der Schizophrenie und der affektiven Störungen die Krankengeschichten beeinflußt haben.

Beck und Worthen (1972) erhoben die Lebensereignisse im klinischen Interview und ließen den Schweregrad der Ereignisse nachträglich von unabhängigen Interviewern einstufen. Sie fanden bei 95 % der neurotisch depressiven Patienten (N=21) ein schwerwiegendes Ereignis in den Wochen vor Krankheitsaufnahme (keine exakte Definition des Krankheitsbeginns) und bei 53 % der schizophrenen Patienten (N=15: 8 akute, 7 chronische) Ereignisse, die jedoch nicht besonders schwerwiegend waren.
Die Autoren schließen aus ihren Ergebnissen nicht etwa, daß der Einfluß von Lebensereignissen für Schizophrene

gering ist, sondern nehmen an, daß Schizophrene sensibler, verletzlicher auf Stör- und Streßreize reagieren als Depressive.

Auch Leff und Vaughn (1980) gehen davon aus, daß Schizophrene und Depressive eine unterschiedliche Verletzbarkeit gegenüber Umgebungsreizen aufweisen. Bei 37 Schizophrenen und 30 neurotisch Depressiven (Present state examination zusammen mit dem Categoprogramm; Wing et al. 1974) zeigte sich, daß es einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Lebensereignisse und der emotionalen Haltung enger Verwandter in der Zeit vor Krankheitsbeginn gibt.
Schizophrene Patienten, die mit emotional expressiven engen Verwandten (meist Ehepartner) zusammenlebten, erkrankten bereits ohne eine Zunahme der Lebensereignisse vor Krankheitsbeginn, während schizophrene Patienten, die mit engen Verwandten zusammenlebten, die weniger stark emotional involviert waren, eine Zunahme an Lebensereignissen vor Krankheitsbeginn (Rückfall) aufwiesen.
Anders war es bei Depressiven. Hier wirkte sich speziell die kritische Haltung von nahen Verwandten aus. Die rückfällig gewordenen Patienten lebten meist mit stark kritisierenden engen Verwandten zusammen und hatten zusätzlich noch ein belastendes Lebensereignis im definierten Zeitraum erlebt.

Keine Unterschiede zwischen vier diagnostischen Gruppen (DSM-II Kriterien) in der Anzahl und der Art der im klinischen Interview erhobenen Ereignisse für den Zeitraum von 2 Jahren vor Krankheitsbeginn fanden Eisler und Polak (1971); es wurden miteinander verglichen 32 schizophrene Patienten, 39 Depressive, 58 Persönlichkeitsstörungen und 43 Patienten mit vorübergehenden psychischen Auffälligkeiten in Zusammenhang mit situativer Belastung (keine Angabe demographischer Daten).

Ebenfalls keine Unterschiede zwischen 47 schizophrenen Erst- und Wiederaufnahmen (DSM-I Kriterien), 32 Depressiven und 37 akloholabhängigen Patienten fanden Lahniers und White (1976) für den Zeitraum von einem Jahr vor Krankheitsbeginn bzw. Rückfall. Die Erhebung erfolgte jedoch mit der SRRS, einem bereits mehrfach kritisierten Selbstbeurteilungsinstrument.
Uhlenhuth und Paykel (1973) fanden bei einer Stichprobe mit vorwiegend neurotischen Patienten keine Beziehung zwischen der Symptomkonfiguration und den Lebensereignissen, sondern nur zwischen Lebensereignissen und der Symptomintensität.
Brown et al. (1973), die sich ebenfalls mit dem unterschiedlichen Einfluß von Lebensereignissen auf depressive und schizophrene Erkrankungen beschäftigten, fanden zunächst auf die Frage, inwieweit Lebensereignisse ursächlich an der Krankheitsentstehung beteiligt seien, keine Unterschiede zwischen schizophrenen und depressiven Patienten. Bei beiden Diagnosegruppen wurde eine Erhöhung der Anzahl der Ereignisse in den 3 Wochen vor Krankheitsausbruch festgestellt. Daraus errechneten die Autoren (vgl. zum Vorgehen S. 50) einen auslösenden, aber keinen verursachenden Effekt der Ereignisse für Schizophrene und für Depressive. Erst bei der Berücksichtigung längerer Erhebungszeiträume und der Beschränkung auf schwerwiegende (bedrohliche) Ereignisse konnte für depressive Patienten ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Ereignissen und Krankheitsausbruch errechnet werden, während die Reanalyse der Daten bei schizophrenen Patienten zu keiner Änderung in der Beziehung zwischen Ereignissen und Krankheit führte. Auch bei Berücksichtigung schwerwiegender Ereignisse und längerer Zeiträume konnte für schizophrene Patienten nur eine krankheitsauslösende, aber keine krankheitsverursachende Wirkung lebensverändernder Ereignisse festgestellt werden.

Paykel (1974) berichtet über eine sorgfältig geplante Studie, bei der Patienten nach einem Selbstmordversuch mit einer parallelisierten Stichprobe Depressiver und einer parallelisierten Kontrollgruppe der Normalbevölkerung verglichen wurde. Dabei zeigte sich, daß Suizidenten im Vergleich zu der Kontrollgruppe der Normalbevölkerung das Vierfache an Lebensereignissen in 6 Wochen vor dem Selbstmordversuch erlebten.
Der Vergleich der Suizidenten mit den depressiven Patienten zeigte immer noch eine Erhöhung der Anzahl der Lebensereignisse um 50 %. Einen Monat vor dem Selbstmordversuch traten im Vergleich zum Vorfeld der Depression verstärkt Ereignisse auf, die unerwünscht waren oder Ereignisse, die besonders schwerwiegend (stark beunruhigend) waren, und was von besonderem Interesse ist: Es traten vor dem Selbstmordversuch gehäuft Ereignisse auf, die nicht unter der Kontrolle des Betroffenen standen, d.h. es bestand keine Möglichkeit, das Auftreten der Ereignisse zu beeinflussen oder zu verhindern. Erstaunlicherweise waren auch die Anzahl der "entrances" (Ereignisse, die das Hinzukommen einer neuen Person in das soziale Feld beschreiben) gegenüber depressiven Patienten erhöht, während "exits" (Verlustereignisse) bei beiden Diagnosegruppen gleich häufig auftraten. (Von entsprechenden Ergebnissen berichten Paykel et al. 1975; Paykel 1976;) Cochrane und Robertson (1975) berichten ebenfalls von einer signifikanten Erhöhung der Rate unerwünschter Ereignisse ein Jahr vor dem Selbstmordversuch im Vergleich zur Kontrollgruppe.
Hinweise auf den Einfluß von Lebensereignissen auf den Alkoholmißbrauch geben verschiedene Untersuchungen (Hoffmann und Noem 1975; Straus 1973; Sobell u. Sobell 1975; Hare 1971). Mules et al. (1977) fanden bei hoher Ereignisrate eine deutliche Unterschätzung des Schweregrades der Ereignisse bei Alkoholikern verglichen mit einer Kontrollgruppe der Normalbevölkerung.

Bei drogenabhängigen Jugendlichen konnte Duncan (1977) ein Jahr vor ihrem ersten Drogenmißbrauch signifikant mehr Lebensereignisse (SRRQ; im Interview erhoben) feststellen als bei gleichaltrigen Jugendlichen der Normalbevölkerung. Bei einem Vergleich von 66 männlichen Alkoholikern mit 50 männlichen Heroinabhängigen fanden Dudley et al. (1976) keine signifikanten Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen von Abhängigen in der Belastung durch Lebensereignisse. (SRRS)

Überblickt man die hier beschriebenen Untersuchungen, so kann man sagen, daß trotz einiger entgegengesetzter Ergebnisse die Mehrzahl der Autoren mehr streßreiche Lebensereignisse im Vorfeld einer Depression als vor Ausbruch einer Schizophrenie oder bei der Normalbevölkerung für einen entsprechenden Zeitraum finden. Wenn man das relative Risiko kalkuliert, so scheint die Gefahr, in der Folge von Lebensereignissen an einer Depression zu erkranken, um den Faktor 5-6 erhöht, wobei besonders Verlustereignisse und stark bedrohliche Ereignisse bedeutsam sind (vgl. Lloyd, 1980). Selbstmordversuche scheinen besonders durch Häufung schicksalhaft hereinbrechender, stark belastender Ereignisse ausgelöst zu werden.
Auch für Drogensüchtige und Alkoholabhängige scheint sich die Annahme zu bestätigen, daß streßreiche Ereignisse dem Suchtverhalten vorausgehen, was die Streß-Reaktions-These des Suchtverhaltens stützt.

3.2.5 Intervenierende Variablen zwischen Lebensereignissen und Krankheit

Das angemessene Modell zur Erklärung der Entstehung psychiatrischer Störungen muß multifaktorell gedacht werden (Paykel 1978; Rahe 1978; Filipp 1981). Die ursprüngliche Annahme, daß die Beziehung zwischen Lebensereignissen und Krankheit einfach und direkt sei, wird zunehmend in Zwei-

fel gezogen. Es gibt keine Übereinstimmung über die Stärke des Zusammenhanges zwischen Lebensereignissen und Krankheit und dem Einfluß zusätzlich wirksamer Faktoren wie Persönlichkeitsfaktoren, soziale Unterstützung, schichtspezifische Einflußfaktoren und die Wirkung spezieller Ereignischarakteristika. Rabkin u. Streuning (1976) weisen darauf hin, daß der in verschiedenen Studien angegebene Korrelationskoeffizient zwischen Lebensereignissen und Krankheit nicht über .30 liegt, und daß Lebensereignisse meist nicht mehr als 9 % der Varianz erklären. (Rahe 1974; Markush u. Favero 1974; Bieliavskas u. Webb 1974; Gersten et al. 1974)

Brown und Harris (1978) fanden nur bei 1/5 der Frauen, die schwerwiegende Lebensereignisse und Schwierigkeiten erlebt haben, eine depressive Erkrankung.
Da nur ein geringer Teil der Personen, die kritischen Lebensereignissen ausgesetzt sind, tatsächlich an körperlichen oder psychischen Störungen erkranken, müssen zusätzlich wirksame Faktoren als intervenierende Variable in dem komplizierten Wechselspiel zwischen Streß und Krankheit angenommen werden. Dohrenwend' und Dohrenwend (1978) schlagen als mögliche Mediatorvariablen spezielle Ereignischarakteristika vor wie: Neuheit des Ereignisses, die Möglichkeit das Auftreten des Ereignisses zu antizipieren, das Ausmaß der Kontrolle über das Ereignis und zusätzlich stützende Faktoren und schichtspezifische Variablen. Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status scheinen verhältnismäßig mehr kritische Lebensereignisse zu erfahren als Personen höherer Schichten. (Dohrenwend 1973; Kessler 1977)
Rabkin und Struening (1976) nehmen an, daß besonders schwerwiegende Ereignisse bereits allein krankheitsauslösend sind, während weniger schwerwiegende Ereignisse erst in Kumulation mit anderen Faktoren pathogen wirken.

Bell (1977) weist auf unterschiedliches "Coping" bei psychiatrischen Patienten im Vergleich zur Kontrollgruppe hin, während Fontana et al. (1973) und Harris und Landreth (1981) auf die Wirkung von vermittelnden kognitiven Variablen hinweisen.

Ein häufig diskutierter Faktor in der Beziehung zwischen Lebensereignissen und Krankheit ist die Verfügbarkeit und der Gebrauch verschiedener sozialer Ressourcen und stützender Systeme (formelle und informelle) durch die, wie mehrfach bestätigt, die Wirkung streßreicher Ereignisse gemildert wird (Lin et al. 1979; Wahrheit 1979; Frydman 1981) bzw. bei deren Fehlen die Stärke psychiatrischer Symptomatik zunimmt (Husaini und Neff 1980).
Aber auch hier wie bei anderen sogenannten "intervenierenden Variablen" gibt es keine Einigkeit darüber, ob diese Variablen eine von den Lebensereignissen unabhängige Beziehung zur Krankheit haben. Während Cassel (1975) annimmt, daß das Fehlen sogenannter stützender Systeme, ohne zusätzliche streßreiche Ereignisse nicht zur Auslösung psychiatrischer oder körperlicher Erkrankungen führt, kommen Andrews et al. (1978) in ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, daß soziale Unterstützung nicht als Moderatorvariable wirksam ist, sondern eine unabhängige Beziehung zur psychiatrischen Störung hat.

Murphy und Brown (1980) weisen darauf hin, daß psychische Erkrankung und da speziell affektive Störungen selbst wiederum intervenierende Variable zwischen schwerwiegenden Ereignissen und körperlicher Erkrankung sein können (vgl. auch Stone u. Neale 1981).
Gelegentlich wird auch die Abhängigkeit einer Person von externer oder interner Belohnung (locus of control) als wirksamer Faktor in der Beziehung zwischen Lebensereignissen und Krankheit diskutiert. (Lefcourt et al. 1981)

Personen, die von externer Belohnung abhängig sind, scheinen nach Kilhann et al. (1978) größere Anpassungsschwierigkeiten an lebensverändernde Ereignisse zu haben als Personen, die über ein ausreichendes inneres Belohnungssystem verfügen, während Cooley und Keesey (1981) und Tyson (1981) keine eindeutige Beziehung zwischen der "Art der Kontrolle unter der eine Person steht" und der Erkrankung finden konnten. Cooley und Keesey fanden dagegen eine Beziehung der Lebensereignisse zur Krankheit bei "low sensation seekers" und introvertierten Personen.

Zusammenfassung

Der Stellenwert von Lebensereignissen im Vorfeld psychiatrischer Erkrankungen scheint je nach Diagnose unterschiedlich zu sein.
Schicksalhaft hereinbrechende Lebensereignisse, auf die der Betroffene wenig Einfluß hat, treten am häufigsten vor Selbstmordversuchen auf.
Im Vorfeld depressiver Erkrankungen scheinen besonders häufig Verlustereignisse aufzutreten, wobei neben Trennungsereignissen besonders der Tod eines Partners, Kindes oder Elternteils bedeutsam ist.
Unterschiede zwischen verschiedenen Formen affektiver Störungen bezüglich der Art und Anzahl der erlebten Ereignisse vor Krankheitsausbruch konnten bisher nicht überzeugend nachgewiesen werden.

Deutliche Unterschiede in der Häufigkeit der Ereignisse zeigen sich jedoch im Vergleich depressiver Patienten mit Schizophrenen. Die Bedeutung von Lebensereignissen für die Ätiologie schizophrener Erkrankungen scheint im Vergleich zur Depression gering zu sein. Aufgrund der Untersuchungsergebnisse schreiben einige Autoren schwerwiegenden kritischen Lebensereignissen bei Depressiven einen

krankheitsverursachenden Effekt zu, während bei schizophrenen Patienten bestenfalls ein auslösender Effekt durch Ereignisse vermutet wird. Andere Autoren interpretieren die Unterschiede zwischen Depressiven und Schizophrenen bezüglich der Häufigkeit der Ereignisse vor Krankheitsbeginn als Ausdruck besonderer Verletzlichkeit schizophrener Patienten, bei denen bereits eine geringe Anzahl von Ereignissen zum Krankheitsausbruch führen könne.
Der Ausbruch einer Schizophrenie scheint durch Umweltveränderungen (wie z.B. Emigration, Militärdienst), die starke soziale Anpassung erfordern, begünstigt zu werden. Auch Verlustereignisse und Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen und in den Bereichen Gesundheit, Arbeit und Gesetz können im Vorfeld schizophrener Erkrankung auftreten.

Bei Personen, die alkohol- und drogenabhängig sind, konnte ebenfalls der Einfluß kritischer Lebensereignisse nachgewiesen werden.
Signifikante Unterschiede in der Häufigkeit und Art der erlebten Ereignisse vor Krankheitsausbruch bei verschiedenen psychiatrischen Patientengruppen im Vergleich zur Normalbevölkerung können jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, daß nur ein geringer Teil der Personen, der lebensverändernden Ereignissen ausgesetzt ist, tatsächlich erkrankt.
Es müssen deshalb noch zusätzliche wirksame Faktoren in der Beziehung zwischen Ereignissen und Krankheit angenommen werden (z.B. Ereignischarakteristika wie Neuheit eines Ereignisses, Antizipations- oder Kontrollmöglichkeiten).
Als intervenierende Variable werden unter anderem auch Persönlichkeitsfaktoren, unterschiedliche soziale Ressourcen und Schichtzugehörigkeit diskutiert.
Als zentraler prädisponierender Faktor für Depression

gilt der frühkindliche Verlust eines Elternteils. Ein weiterer Vulnerabilitätsfaktor für depressive Patienten scheint das Fehlen emotionaler Unterstützung zu sein, insbesondere das Fehlen einer vertrauensvollen Beziehung zum Ehepartner.
Bei schizophrenen Patienten scheint dagegen das starke emotionale Involviertsein des Ehepartners eher ungünstige Auswirkungen auf die Symptombildung zu haben.
Der spezifische Stellenwert einzelner Ereignischarakteristika oder zusätzlicher intervenierender Variablen im komplexen Wechselspiel zwischen Umweltreiz und Krankheit bleibt jedoch derzeit noch ungeklärt.

3.3 Lebensereignisse in Verlaufsuntersuchungen

3.3.1 Überblick über das Vorgehen in Verlaufsuntersuchungen

Der Einfluß der Lebensereignisse auf den Krankheitsbeginn ist weit häufiger untersucht worden als die Auswirkung der Ereignisse auf den Krankheitsverlauf, da Verlaufsuntersuchungen mit einem hohen finanziellen und zeitlichen Aufwand und mit größeren methodischen Schwierigkeiten verbunden sind, die sich aus dem meist retrospektiven Design, der Ausfallquote der Stichprobe und der Schwierigkeit ergeben, die abhängige von der unabhängigen Variablen abzugrenzen.
Das ideale Design für Verlaufsuntersuchungen wäre das prospektive Vorgehen mit möglichst kurzen Abständen zwischen den einzelnen Meßzeitpunkten bei Personen, die zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung noch nicht psychiatrisch erkrankt sind und nach Erkrankungsbeginn und Therapie in entsprechenden Abständen weiter nachuntersucht werden.
Bei diesem Vorgehen stellt sich jedoch das Problem, aus-

reichend große Stichproben einer einzigen Diagnosegruppe zu finden.
Beschränkt man sich andererseits auf die Nachuntersuchung stationär oder ambulant behandelter Patienten und sieht vom finanziellen und personellen Aufwand ab, so bleibt die Schwierigkeit, die ehemaligen Patienten zur regelmäßigen Teilnahme an zeitaufwendigen Interviews zu motivieren.
Folge dieser Schwierigkeiten ist, daß die Erhebung der Lebensereignisse nur für kurze Zeitspannen erfolgt oder daß in mehrjährigen Verlaufsuntersuchungen nicht der Gesamtzeitraum der Untersuchung berücksichtigt wird. Häufig werden in Anlehnung an das Design der "Onset-Forschung" die Lebensereignisse nur für einen Zeitraum von drei Monaten bis zu einem Jahr vor der Zweituntersuchung erhoben (Giel et al. 1978; Paykel und Tanner 1976; Schwartz und Myers 1977; Ausnahmen sind Wahrheit 1979 und Surtees und Ingham 1980). Die Anzahl und Art der Ereignisse kurz vor der Zweituntersuchung werden dann in Beziehung gesetzt zur Symptomverlaufsrichtung, die meistens durch zwei Meßwerte bestimmt ist - nämlich der Veränderung der Symptomatik von der Erstuntersuchung zur Zweituntersuchung. Die verschlechterten bzw. rückfälligen Patienten werden mit den gebesserten (stabil gebliebenen) Patienten verglichen. Gelegentlich wird zusätzlich eine Kontrollgruppe hinzugezogen. (vgl. Giel et al. 1978, Grant et al. 1978, 1981, Mueller et al. 1978, und Schwartz u. Myers 1977)
Eine Repräsentation des gesamten Symptomverlaufes ist damit jedoch nicht gewährleistet. Es besteht die Gefahr, daß die Querschnittssymptomatik zum Zeitpunkt der Zweituntersuchung auf einer kurzfristigen Symptomveränderung beruht, die dem Gesamtverlauf entgegengesetzt sein kann, so daß ein völlig verfälschtes Bild des tatsächlichen Symptomverlaufes entstehen kann.

Bei einigen Untersuchungen werden die Ereignisse vor der Erstuntersuchung (vor stationärer Aufnahme) und vor der Zweituntersuchung (Katamnese) erhoben (Myers et al. 1971, 1972; Paykel 1974; Havens 1972). Die Anzahl der Ereignisse vor der Erstuntersuchung dient dann entweder als prognostisches Kriterium für den Symptomverlauf oder sie wird in Beziehung gesetzt zur Anzahl der Ereignisse vor der Zweituntersuchung. Es wird angenommen, daß eine Veränderung der Anzahl der Ereignisse von Erst- zur Zweituntersuchung eine Beziehung zu Symptomveränderungen hat (Paykel 1974; Myers et al. 1971, 1972).

Die Bestimmung des Symptomverlaufes beruht, wie bereits erwähnt, bei allen im folgenden beschriebenen Untersuchungen auf den zwei Meßzeitpunkten, die sich durch Erst- und Zweituntersuchung ergeben; lediglich bei den prospektiven Studien von Hall (1977) und Grant et al. (1978, 1981) wurden die Symptomatik und die Ereignisse in kurzen Abständen von 1-3 Monaten erfaßt, wodurch das Ausmaß der Konkordanz beider Variablen bestimmt werden kann. Bei diesem aufwendigen Vorgehen werden bisher jedoch nur kurze Katamnesezeiträume überblickt (1 Jahr bis 1 1/2 Jahre).

Im folgenden werden Verlaufsuntersuchungen im Bereich der Psychiatrie vorgestellt, um das Vorgehen in Verlaufsuntersuchungen zu verdeutlichen und erste Ergebnisse darzustellen. Leider gibt es zur Zeit noch keine Verlaufsuntersuchungen im Rahmen der Life-Event-Forschung, die Patienten mit Anorexia nervosa und Zwangsneurosen berücksichtigen. Eine Orientierung am Vorgehen anderer Untersucher erscheint dennoch sinnvoll. Die folgenden Untersuchungen sind nicht nach methodischen Gesichtspunkten ausgewählt, sondern nach Diagnosegruppen und Fragestellung.

3.3.2 Psychische Belastungen in der Normalbevölkerung und Untersuchungen bei gemischt-psychiatrischen Patienten

Die Verlaufsuntersuchungen, die in diesem Abschnitt zusammengefaßt sind, haben gemeinsam, daß sie den Einfluß von Lebensereignissen auf das psychische Wohlbefinden untersuchen ohne daß spezielle Aussagen über diagnostische Untergruppen gemacht werden. Der Verlauf psychiatrischer Symptome oder des psychischen Wohlbefindens scheint, so die gemeinsame Aussage der Untersucher, durch eine erhöhte Anzahl besonders unerwünschter Ereignisse ungünstig beeinflußt zu werden, wogegen die Abnahme von kritischen Ereignissen oder die Neutralisierung zuvor belastender Ereignisse mit einem günstigen Verlauf psychischer Symptomatik verbunden zu sein scheint. Ungeklärt ist jedoch auch hier die Frage, inwieweit zusätzliche Faktoren in diesem Prozeß wirksam sind.
Myers et al. (1971; 1972) untersuchten eine repräsentative Stichprobe des Einzugsgebietes eines Gesundheitszentrums in New Haven, Connecticut, hinsichtlich verschiedener gesundheitspolitisch interessierender Fragen. 86 % von 1095 kontaktierten Haushalten konnten untersucht werden (1967 und 1968). Aufgrund von Verweigerung, Umzug, Todesfällen konnten zwei Jahre später nur noch 77 % der ursprünglichen 938 Personen nachuntersucht werden. Die Erhebung der Life-Events war eine Teilfragestellung innerhalb der Gesamtuntersuchung. Der Psychopathologie-Index wurde nach Gurin (1960) bestimmt. Die Lebensereignisse wurden anhand einer 62 Items umfassenden Liste erfragt, einer Modifikation folgender Listen (Anatovsky u. Kats, 1967; Holmes/Rahe; Hawkins et al., 1957) und selber formulierter Items. Der Erhebungszeitraum für die Ereignisse betrug ein Jahr. 18 % der Befragten hatten ein hohes Symptomniveau, 47 % ein mittleres und 35 % ein niedriges Symptomniveau (nach der Gurin-Skala). Diese

Relation der prozentualen Verteilung wurde zu beiden Meßzeitpunkten gefunden. Die Berücksichtigung der Symptomveränderung im Verlauf von 2 Jahren zeigte folgende Verteilung:
21 % verschlechtert, 25 % verbessert, 54 % unverändert. Das Ergebnis zeigte, je größer die psychische Belastung zum Zeitpunkt der Zweituntersuchung war, um so häufiger wurde mindestens ein belastendes Ereignis im vorausgegangenen Jahr gefunden. Es zeigten sich keine Unterschiede zwischen Ereignissen, die nach verschiedenen Lebensbereichen klassifiziert worden waren (z.B. Ehe, Familie, Gesundheit, Finanzen usw.). Exits (Verlust einer Person im sozialen Feld) traten in der belasteten Gruppe häufiger auf als in den anderen Gruppen. Obwohl nur unerwünschte Ereignisse und Exits signifikant deutlich zwischen den Symptomgruppen unterschieden, fiel auf, daß auch erwünschte Ereignisse und Entrances in der belasteten Symptomgruppe häufiger auftraten als in der unbelasteten.
Unter Berücksichtigung der Symptomverlaufsänderung in den zwei Jahren zeigte sich bezüglich der Anzahl der Ereignisse ebenfalls eine Beziehung zwischen Veränderungen in den Lebensereignissen und psychischer Gesundheit. Verbesserungen im Symptomverlauf traten zu 64 % bei Personen auf, die eine Verminderung der Ereignisse im Vergleich zur Erstuntersuchung erlebt hatten und nur zu 21 % bei Personen mit einer Zunahme an Ereignissen. Für Symptomverschlechterungen waren die entsprechenden Relationen 56 % zu 23 %.
In einer Re-Analyse (Regressionsanalyse) der Daten von Myers et al. (1971,1972) fand Eaton (1978), daß Alter, Geschlecht und soziale Klasse keine Bedeutung in der Interaktion zwischen Lebensereignissen und Krankheit haben. Der negative Einfluß von Lebensereignissen ist im Sinne der "social support - Hypothese" für Verheiratete am geringsten, stärker für Nichtverheiratete (die jedoch

häufig mit anderen Menschen zusammen sind oder leben) und am stärksten ist die Auswirkung für Alleinlebende. Die Symptomatik zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung scheint ohne Einfluß auf die Lebensereignisse zu sein, die zum Zeitpunkt der Zweituntersuchung berichtet werden. Lebensereignisse scheinen psychiatrische Störungen eher hervorzurufen, wenn das Individuum einen entsprechenden Streßreiz zuvor noch nicht erlebt hat. Für den Zeitraum von zwei Jahren scheint der Effekt der Erinnerungsfälschung zu vernachlässigen zu sein.

Bei einer Morbiditätsuntersuchung in einer holländischen Stadt, in der jeder 10. Einwohner untersucht wurde (Giel et al. 1978) wurden von 255 Personen 34 als sicher oder wahrscheinlich psychiatrisch gestört diagnostiziert (Neurotizismus: Selbstbeurteilung nach Wilde 1962; Psychiatrisches Screening: Foulds 1965; endgültige Diagnose durch zwei Psychiater). Zwischen der Erst- und der Zweituntersuchung lag ein Zeitraum von 5 Jahren. Die Lebensereignisse wurden für ein Jahr retrospektiv zum 2. Untersuchungstermin erfragt (Interviews an Brown 1974 orientiert). Zum Zeitpunkt der Zweituntersuchung standen für die Analyse 29 Patienten und 27 Kontrollpersonen der gleichen Untersuchungsstichprobe zur Verfügung. Das Hauptergebnis der Untersuchung besagt, daß Patienten, deren Zustand sich im Verlauf von 5 Jahren nicht gebessert hatte, im Durchschnitt mehr Ereignisse in dem Jahr vor der Zweituntersuchung erlebt hatten als ihre Kontrollpersonen oder die gebesserten Patienten. Krankheitsbezogene Schwierigkeiten traten häufiger bei den nicht gebesserten und den gebesserten Patienten auf als bei den Kontrollpersonen. Außer der Anzahl krankheitsbezogener Schwierigkeiten und Ereignisse gab es keine Unterschiede zwischen gebesserten Patienten und Kontrollpersonen. Nach dem Schwellenprinzip (mindestens ein Ereignis oder eine Schwierigkeit im Jahr vor der Zweituntersuchung) zeigten sich keine Unterschiede

zwischen den Patientengruppen und der Kontrollgruppe. Krankheitsereignisse traten insgesamt am häufigsten auf (ausgenommen bei der Gruppe der gebesserten Patienten). Bei Patienten mit unveränderter Symptomatik traten Interaktionsschwierigkeiten am häufigsten auf.

187 Patienten eines Community Mental Health Centers wurde von Mueller et al. (1978) unmittelbar vor der Behandlung und 3 Monate nach Entlassung eine modifizierte Version der Holmes/Rahe-Liste zur Erhebung der Lebensereignisse zur Selbstbeurteilung vorgelegt. (Erhebungszeitraum jeweils ein Monat; Kontrollgruppe: 321 Nichtpatienten eines ausgewählten Stadtteils von Sacramento.)
Die Symptomatik wurde durch die 22 Item-Version der General Well Being Schedule (GWB) des National Center for Health Statistic's bestimmt. Patienten berichteten vor Aufnahme signifikant mehr Ereignisse als zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung und sie berichteten zu beiden Meßzeitpunkten signifikant mehr Ereignisse als die Kontrollgruppen. Eine multiple Regressionsanalyse ergab, daß bei Kontrolle der demographischen Variablen Lebensereignisse einen unabhängigen Effekt auf die untersuchten Patienten vor Aufnahme haben, aber nicht zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung. Unter Kontrolle der demographischen Variablen zeigte sich, daß besonders unerwünschte Ereignisse zwischen den Untersuchungsgruppen zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung trennen, während Ereignisse, die nicht unter Kontrolle des Betroffenen sind, allein analysiert, nicht trennen - weder zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung noch zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung. Es sind besonders die unerwünschten und nicht symptomunabhängigen Ereignisse, die in dem Katamnesezeitraum von 3 Monaten im Vergleich zur Aufnahme abnehmen. Das Ergebnis legt die Schlußfolgerung nahe, daß die Unterschiede zwischen den Gruppen zum Zeitpunkt der Aufnahme durch die Symptomatik bedingt sind, während die fehlenden Unterschiede zum Zeitpunkt

der Nachuntersuchung möglicherweise als eine Folge der Therapie anzusehen sind.
Die Gefahr der Kontamination zwischen Symptomatik und Ereignissen ist besonders bei der SRE und ähnlichen Verfahren zur Erfassung von Lebensereignissen gegeben. Außerdem war nicht versucht worden, den Krankheitsbeginn exakt zu definieren.

Ebenfalls die SRE verwendeten Grant et al. (1978) in einer 18 Monate langen prospektiven Untersuchung an 82 ambulanten Patienten und 107 Personen des Klinikpersonals. Die Liste zur Erfasung der Lebensereignisse und eine Symptom-Checkliste (SCL) wurden alle zwei Monate vorgelegt. Es wurde der Versuch gemacht, die Art der zeitlichen Beziehung zwischen Lebensereignissen und Symptomatik graphisch darzustellen.
Bei 38,3 % der Personen blieb die Art der Beziehung zwischen Ereignissen und Symptomatik unklar, so daß keine Aussagen über die Art des Zusammenhanges gemacht werden konnten. Bei 34,7 % der untersuchten Personen zeigte sich eine konkordante Beziehung zwischen Ereignissen und Symptomatik, d.h. gleichzeitiges Zu- oder Abnehmen der Ereignisse mit der Symptomatik. Bei 21,4 % zeigte sich keine Symptomveränderung trotz großer Veränderungen in den berichteten Ereignismengen oder -anzahlen und nur bei 5,4 % zeigte sich eine Veränderung der Symptomatik als Folge der Veränderung der Ereignismenge.
1981 berichteten Grant et al., daß bei einem entsprechenden Design an 169 ambulanten, männlichen, psychiatrischen Patienten mehr unerwünschte und nicht kontrollierbare, aber weniger erwünschte Ereignisse gefunden wurden als bei 194 männlichen Kontrollpersonen. Unerwünschte und nicht kontrollierbare Ereignisse stehen in positiver Beziehung und erwünschte Ereignisse in negativer Beziehung zur Symptomatik. Besonders eng war die

Beziehung zwischen Lebensveränderungen und somatischen Beschwerden und dysphorischer Verstimmung.

Eine besonders kurze Verlaufsstudie (1 Monat) berichtet Tennant et al. (1981), der bei 310 Neurotikern (Present State Examination) nach einem Monat bei der Hälfte der Personen eine Remission feststellte. Als Ursache für die Remission fanden die Autoren bei einem Drittel der Personen zuvor bedrohliche Ereignisse und Schwierigkeiten, die sich in der Zwischenzeit neutralisiert hatten. Es wurde keine Beziehung zwischen Remission, demographischen Variablen, Symptomschwere, Art der Symptomatik, ärztlicher Konsultation oder Medikamenteneinnahme gefunden.

Längerfristige Auswirkungen von Ereignissen untersuchten Chiriboga und Dean (1977) in einer Verlaufsuntersuchung an 182 Männern und Frauen verschiedener Altersstufen, bei denen normativ bedingte Lebensveränderungen zu erwarten waren wie Ruhestand, Geburt des ersten Kindes nach Heirat usw... (Erstkontakt 1971, Erhebung der Lebensereignisse retrospektiv für 3 Jahre mit einem Selbstbeurteilungsinstrument von 138 Items, das auf der Liste von Holmes/Rahe von 1967 basierte). Anders als bei der SRE üblich, wurden in dieser Untersuchung positive und negative subjektive Bewertungen erfaßt. Neben der Anzahl positiver und negativer Ereignisse konnte für 9 verschiedene Lebensbereiche (Familie, Beruf, Gesetz usw.) ein negativer "preoccupation score" gebildet werden. Er setzte sich pro Ereignis zusammen aus der Multiplikation der damaligen Bewertung des Ereignisses (Kodierung 1-4) mit dem Ausmaß, mit dem man jetzt noch an das Ereignis denkt (not at all = 1, some = 3, a lot = 5).
Sie fanden heraus, daß Ereignisse in ihrer Langzeitwirkung stark variieren und kritisieren Summenscores, die nicht die unterschiedlichen Effekte der Ereigniskategorien auf verschiedene Personen berücksichtigen. Besonders

interessant waren Zusammenhänge zwischen negativem preoccupation score und Verbesserung in sozialer Anpassung.

So zeigte sich u.a., daß länger wirkender beruflicher Streß bei jungen Männern mit weniger Symptomatik, mehr Aktivität, besserer Gesundheit, weniger Depressivität verbunden war, während Eheprobleme und habit-Streß mit psychosozialen Problemen verbunden waren. Entsprechend negative Auswirkungen auf die Gesundheit, Aktivität und Stimmung bewirkte ehelicher Streß bei jungen Frauen, während privater (personal) Streß mit positiven gesundheitlichen Veränderungen verbunden war.

3.3.3 Affektive Störungen

Die vorliegenden Untersuchungen zum Verlauf affektiver Störungen stützen die Ergebnisse der "Onset-Forschung". Die Ergebnisse legen eine Beziehung zwischen unerwünschten Ereignissen und dem ungünstigen Verlauf affektiver Störungen nahe.
Zu den ersten Verlaufsuntersuchungen über Lebensereignisse bei Depressiven gehört die Untersuchung von Paykel (1974) 9 Monate nach Entlassung (Erhebungszeitraum für Ereignisse 6 Monate vor Krankheitsbeginn und 6 Monate vor der Nachuntersuchung). Untersucht wurden 30 gebesserte Patienten, deren Gesundheitszustand bis zur Nachuntersuchung stabil blieb. Die Häufigkeiten der Ereigniskategorien "Entrances" und "erwünschte Ereignisse" waren zu beiden Untersuchungszeitpunkten ähnlich, während "Exits" und "unerwünschte Ereignisse" bei stabil gebliebenen, gebesserten Patienten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung halb so häufig auftraten wie vor Krankheitsbeginn. Die Veränderungen in der Häufigkeit der Ereignisse zu den beiden Meßzeitpunkten scheinen sich weniger auf die Gesamtzahl der Ereignisse zu beziehen als auf bestimmte

Ereignisarten. Besonders häufig traten berufliche Veränderungen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung auf.

Paykel und Tanner (1976) untersuchten die Häufigkeit der Ereignisse bei 30 depressiven Patienten mit Rückfall und 30 vergleichbaren Patienten ohne Rückfall. Patienten mit Rückfall der Symptomatik erlebten in den drei Monaten vor dem Rückfall signifikant mehr Ereignisse als Patienten ohne. Auf Monatsebene zeigte sich nur für den Monat unmittelbar vor dem Rückfall ein signifikanter Unterschied. Für die Kategorien "Exits" und "Entrances" (Verlust oder Hinzukommen einer Person im sozialen Beziehungsfeld) konnten keine Unterschiede zwischen den Gruppen gefunden werden. Patienten mit einem Rückfall der Symptomatik berichteten jedoch signifikant häufiger unerwünschte Ereignisse als Personen ohne. Bei erwünschten Ereignissen zeigten sich keine Unterschiede. (Hier ist jedoch zu berücksichtigen, daß das Erhebungsinstrument nur einen sehr geringen Anteil erwünschter Ereignisse erfaßt.)

Havens (1972) untersuchte den Einfluß, den Ereignisse vor stationärer Aufnahme auf den Krankheitsverlauf haben. Die Nachuntersuchung erfolgte 6 Monate nach einer Elektroschockbehandlung. 86 Patienten hatten eine affektive Störung (gemischt: manisch-depressive Psychosen, Involutionsdepressionen, reaktive Depressionen u.a.). 26 Patienten hatten schizophrene oder schizoaffektive Störungen, 3 nicht näher bezeichnete neurotische Störungen und 2 Patienten litten unter chronischen Kopfschmerzen. Als Erfolgsmaß zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung diente das Ausmaß der Arbeitsfähigkeit. Depressive Patienten mit einem ungünstigeren Krankheitsverlauf hatten signifikant häufiger enge Angehörige zwei Jahre vor Aufnahme verloren als Patienten mit einem günstigeren Symptomverlauf. Bei Patienten, die immer noch oder bereits wieder hospi-

talisiert waren, lag der Verlust der Angehörigen nicht so weit zurück, wie bei den Patienten, die bereits entlassen worden waren und teilweise oder ganz arbeitsfähig waren. Die Beziehung zwischen Verlustereignissen vor Aufnahme einerseits und Entlassung und Arbeitsfähigkeit andererseits zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung war besonders deutlich für affektive Störungen, wenn sie frei von schizophrenen oder hypochondrischen Zügen waren. Außerdem legen die Daten nahe, daß das Andauern der belastenden vorausgehenden Bedingungen mit einer größeren Rückfallrate verbunden ist. Für schizophrene Patienten konnten keine entsprechenden Beziehungen gefunden werden.

Surtees und Ingham (1980) untersuchten ebenfalls die Auswirkungen von Lebensereignissen auf den Krankheitsverlauf. 71 Patienten mit affektiver Störung (57 % affektive Psychose, 27 % depressive Neurose, 7 % reaktiv depressive Psychose, bei den restlichen 9 % Depressiver lautete die Primärdiagnose Persönlichkeitsstörung oder schizoaffektive Psychose) wurden 7 Monate nach Diagnosestellung nachuntersucht. Nach der Hamiltonskala konnten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung zwei Gruppen gebildet werden: 29 Kranke und 42 Gebesserte (cut off bei 11 Punkten der Hamilton-Skala; 5 Patienten konnten nicht aufgefunden werden, 2 Verweigerungen und 2 Selbstmorde). Die Erhebung der Lebensereignisse für den Verlaufszeitraum von 7 Monaten erfolgte mit einem gekürzten Interview nach Brown et al. (1973). Der Vergleich der Gesamtanzahl der Ereignisse zeigte, daß kranke Patienten signifikant mehr (5 % Niveau) Ereignisse erlebt hatten als gebesserte Patienten. Nach Ausschluß all der Ereignisse und Schwierigkeiten, die möglicherweise durch die Krankheit bedingt sein konnten, zeigte sich immer noch, daß mehr kranke Patienten mindestens ein Ereignis (oder Schwierigkeit) von mittlerem oder starkem Schweregrad erlebt hatten als gebesserte Patienten (58,6 % der kranken Patienten und

33,3 % der gebesserten Patienten; signifikant auf dem 5 % Niveau).
Interessant ist die zeitliche Verteilung der Ereignisse; ähnlich wie bei der Untersuchung von Brown zeigt sich der stärkste Anstieg der Ereignisse in den 8 Wochen vor dem Interview. Unterteilt man die Ereignisse nach dem Schweregrad, so wird deutlich, daß schwerwiegende Ereignisse hauptsächlich bei der Gruppe der Kranken auftreten. Erstaunlicherweise findet man jedoch auch für gebesserte Patienten 8 Wochen vor dem Interview einen Anstieg der Ereignisrate, wenn Ereignisse von geringem Schweregrad berücksichtigt werden. Dieser Aspekt der Ereignisse bleibt unerklärt. Eine Verfälschung durch Erinnerungsverzerrungen ist nicht ausgeschlossen.
Die Autoren schlagen für zukünftige Forschungen vor, die zeitliche Komponente der Ereignisse (Dauer) stärker zu berücksichtigen und zu prüfen, welcher Art der Einfluß längerdauernder Schwierigkeiten ist.

Eine prospektive Verlaufsuntersuchung wurde von Hall et al. (1977) bei primär bipolar affektiven Störungen (Feighner-Kriterien) durchgeführt. Einschlußkriterium: mindestens eine manische Phase; Ausschlußkriterium: 4 oder mehr affektive Episoden im Jahr. Die Lebensereignisse wurden anhand einer eigens erstellten Selbstbeurteilungsliste erhoben, die Items der Holmes/Rahe und Paykel-Liste enthielten. Die Abstände zwischen den Erhebungszeitpunkten lagen zwischen einem und drei Monaten entsprechend der Lithium-Kontrolle, zu denen die ambulanten Patienten in die Klinik kamen. Die Gesamterhebungszeit betrug ein Jahr. Die Symptomatik der Patienten wurde durch den Arzt oder das Klinikpersonal auf einer globalen Ratingskala eingestuft. Nach dem Symptomverlauf wurden die Patienten in folgende Gruppen unterteilt: 21 Patienten blieben während des gesamten Zeitraums euthymisch,

6 Patienten wurden hypomanisch, 8 Patienten depressiv und 3 Patienten wurden hypomanisch und depressiv.
Die durchschnittliche Anzahl der Ereignisse zwischen den Patientenkontakten unterschied nicht signifikant zwischen der Patientengruppe, der es durchschnittlich gutging und der, die Krankheitsepisoden erlebt hatte. (Der Mittelwert der Ereignisse pro Kontakt betrug 4,7 für Patienten, denen es gutging und 4,33 für kranke Patienten.) Der Vergleich bezog sich jedoch nur auf die Zeiten, in denen es den Patienten gutging.
Ein intraindividueller Vergleich der symptomfreien Phasen rückfälliger Patienten mit den Krankheitsepisoden erbrachte ebenfalls keinen signifikanten Unterschied für die Anzahl der erlebten Ereignisse. (Mittelwerte: 4.33 und 4.31)
Bei diesem Ergebnis ist zu berücksichtigen, daß alle Patienten mit Lithium behandelt wurden und die Episoden deshalb durchschnittlich nicht besonders schwer waren. Außerdem betrugen die Zeitabstände für die Kontakte bei gesunden Patienten meistens drei Monate, während sie bei Patienten mit Rückfällen meist nur einen Monat betrugen.

Warheit (1979) untersuchte Beziehungen zwischen Lebensereignissen (Verlustereignissen), coping resourcen und depressiver Symptomatik an einer Zufallsstichprobe von 517 Personen im Südosten der Vereinigten Staaten. Zwischen dem Erst- und dem Zweitinterview lag ein Zeitraum von drei Jahren. Erhoben wurde jeweils das gesundheitliche Wohlbefinden der Befragten, soziale und persönlich stützende Faktoren und die Inanspruchnahme von Gesundheitszentren. Die Lebensereignisse wurden zum Zeitpunkt der Zweituntersuchung für den Zeitraum von drei Jahren mit einer modifizierten Paykel-Liste erhoben. Einbezogen wurden hauptsächlich Verlustereignisse. Nach der Anzahl der erlebten Verlustereignisse wurde ein Drittel der Personen der Gruppe mit einer hohen Anzahl von Verluster-

eignissen zugeordnet, der Rest einer Gruppe mit wenig oder mittelgradig vielen Verlustereignissen. Die Ergebnisse spiegeln die Komplexität der Zusammenhänge zwischen Verlustereignissen, Coping Recourcen und Depressivität wider. Personen mit hohen Verlust-Scores (hoher Anteil an Lebensereignissen, die Verluste bezeichnen) waren depressiver als Patienten mit niedrigem Verlustscore. Personen, die einen Ehepartner haben, scheinen gegenüber Depressionen eher geschützt. Unabhängig von der Anzahl der erlebten Verlustereignisse zeigte sich eine signifikante Korrelation zwischen geringer Depression und Vorhandensein eines Ehepartners. Für nahe Verwandte konnte keine entsprechende Beziehung gefunden werden. Die Verfügbarkeit von Freunden korrelierte signifikant mit niedrigen Depressionswerten bei Personen mit vielen Verlustereignissen. Besonders betroffen sind Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status, die häufiger Verlustereignisse erleben und über weniger soziale, stützende Bedingungen verfügen. Die Regressionsanalyse zeigte, daß die Symptomatik zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung, Verlustereignisse und das Fehlen von sozialen Resourcen zur Vorhersage der Symptomatik zum Zeitpunkt der Zweituntersuchung beitragen. (Der Depressionswert zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung klärte 44,57 % der erklärten Varianz, davon 12,98 % gemeinsam mit sozialen Resourcen und 3,38 % mit Verlustereignissen; soziale Resourcen und sozioökonomischer Status zusammengenommen erklären 2,92 % der Varianz, 4,35 % sind eigene Varianz; Verlustereignisse tragen mit 9,83 % zur erklärten Varianz bei, der Eigenanteil beträgt 2,86 %.)
Die Ergebnisse legen nahe, daß die depressive Symptomatik für eine gewisse Zeit stabil ist und relativ unabhängig von Coping Resourcen und Verlustereignissen, obwohl auch diese beiden in der statistischen Gleichung signifikant waren. Die Autoren vermuten, daß Depression dazu prädis-

poniert, mehr Ereignisse zu erleben, die dann wieder zur Exazerbation der Erkrankung führen.

3.3.4 Schizophrenien

Verlaufsuntersuchungen bei schizophrenen Patienten sind selten. Außer der Untersuchung von Birley und Brown (1970) und Leff et al. (1973), die im nachfolgenden Kapitel unter der Überschrift "Die Wirkung von Lebensereignissen und Medikamenten auf den Krankheitsverlauf" beschrieben werden und der Zweijahresverlaufsstudie von Harder (1981), bei der jedoch keine wesentlichen Zusammenhänge zwischen Lebensereignissen vor Erstaufnahme und der Symptomatik zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung festgestellt wurden, ist nur noch die Arbeit von Schwartz und Myers (1977 a, b) an 132 Schizophrenen bekannt, die drei Jahre nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nachuntersucht wurden und mit einer parallelisierten Kontrollgruppe der Normalbevölkerung verglichen wurden. Die meisten der 132 Patienten waren chronisch Schizophrene, die bereits zahlreiche Hospitalisierungen erlebt hatten. Die Diagnose der Patienten wurde retrospektiv anhand von Krankenhausdaten gestellt (New Haven Schizophrenia Index, Astrachan et al. 1972). Die Erhebung der Lebensereignisse erfolgte mit einer 64 Items umfassenden Selbstbeurteilungsliste für einen Erhebungszeitraum von 6 Monaten vor der Zweituntersuchung. Die Symptomatik zum Zeitpunkt der Zweituntersuchung wurde mit dem Gurin Mental Status Index, einem 20 Items umfassenden Selbstbeurteilungsinstrument, erfaßt. 17 % der Kontrollpersonen und 58 % der schizophrenen Patienten wurden als gestört klassifiziert. Die bezüglich der Symptomatik und der sozialen Adaption als gestört eingestuften Schizophrenen erlebten in den vorausgehenden 6 Monaten eindeutig mehr kontrollierbare und mehr unkontrollierbare Lebensereignisse als die Ver-

gleichsgruppe. Die Einteilung der Ereignisse nach Lebensbereichen zeigte, daß Schizophrene mehr Ereignisse des zwischenmenschlichen Bereiches erlebten, mehr Gesundheitsereignisse, Ereignisse aus dem Bereich Beruf, Gesetz und "Community Crisis" als Personen der Normalbevölkerung. Keine Unterschiede wurden in den Bereichen Erziehung, Umzug, Ehe, Familie und Finanzen gefunden. Insgesamt scheinen Schizophrene mehr sozial unerwünschte, mehr das soziale Feld verkleinernde Ereignisse zu erleben als die Kontrollpersonen. Die Zahl der Lebensereignisse erklärte jedoch nur einen geringen Varianzanteil der schizophrenen Symptomatik.

3.3.5 Die Wirkung von Lebensereignissen und Medikamenten auf den Krankheitsverlauf

Wenige Untersuchungen haben bisher den gleichzeitigen Einfluß von Lebensereignissen und der Einnahme von Medikamenten auf den Krankheitsverlauf untersucht.

Birley und Brown (1970) untersuchten zwei kleinere Subgruppen der Untersuchung von 1968 an hospitalisierten Schizophrenen und fanden, daß 4 von 13 Patienten (31 %), die einen Rückfall nach der Reduktion oder dem Absetzen der Medikamente (Phenothiacine) hatten, mindestens ein Ereignis drei Wochen vor Rückfall erlebt hatten. Dagegen hatten 3 von 5 (60 %) der Patienten, die bis zum Rückfall ihre Medikamente regelmäßig einnahmen, mindestens ein Ereignis in den drei Wochen vor Rückfall erlebt.
Trotz der unterschiedlichen Verteilung der Ereignisse in den Gruppen war die Gesamtzahl der Personen zu gering, um statistische Signifikanz zu erreichen. Darüber hinaus waren die Gruppen nicht parallelisiert.

Vergleichbare Ergebnisse fanden Leff, Hirsch, Gaind, Rhode und Stevens (1973) bei 39 akut und 77 chronisch ambulanten Schizophrenen, die nach dem Zufall einer medikamentösen Langzeittherapie (Phenotiacine) oder Placebobehandlung unterzogen wurden. (Erhebung der Ereignisse nach Brown/Birley zum Zeitpunkt des Rückfalls und am Ende der Versuchsperiode.) Für einen Zeitraum von drei Wochen vor dem Krankheitsrückfall ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen finden. Erst bei Berücksichtigung eines Erhebungszeitraumes von 5 Wochen zeigten sich signifikante Unterschiede. Ein Ereignis vor Krankheitsrückfall trat häufiger bei Patienten auf, die unter medikamentöser Behandlung standen, als bei Patienten unter Placebo (89 % (8 von 9) zu 31 % (12 von 39).)

Die Autoren interpretieren das Ergebnis als Resultat der Schutzwirkung, die Medikamente für den schizophrenen Patienten haben. Patienten, die keine Medikamente nehmen, werden aufgrund von kleineren Alltagsschwierigkeiten rückfällig, während Patienten mit Medikamenten dagegen geschützt seien und erst rückfällig würden, wenn zusätzlicher Streß in Form von kritischen Lebensereignissen auftreten würde.

Lloyd et al. (1981) fanden bei unipolar Depressiven, die mit trizyklischen Antidepressiva (Amitriptylin oder Amoxapin) behandelt wurden, daß Lebensereignisse, die während der Behandlung (12 Monate) auftraten, in signifikanter Beziehung zur Wirkung der Trizyklika standen. Patienten, die eine geringe oder keine Verbesserung zeigten, erlebten dreimal soviel Ereignisse wie die gebesserten Patienten. Eine geringere Wirkung der Antidepressiva war insbesondere mit unerwünschten, parallel auftretenden Ereignissen verbunden, die außerhalb der Kontrolle des Betroffenen waren. Die Autoren vermuten, daß die Ereig-

nisse mit den medikamentösen Behandlungsbemühungen interferieren.
Paykel und Tanner (1976) fanden bei 30 depressiven Frauen mit Symptomrückfall im Vergleich zu 30 Personen ohne Rückfall, die teils mit Amitriptylin nachbehandelt wurden, teils mit Placebo oder gar keine Medikamente erhielten, keinen Hinweis auf Unterschiede zwischen den verschiedenen Behandlungsgruppen in der Anzahl der Ereignisse, die auf eine protektive Wirkung der medikamentösen Behandlung hätte schließen lassen. (Die Fallzahlen waren jedoch in den Gruppen, die mit Amitriptylin behandelt worden waren, sehr gering: jeweils 5 Personen.)
Die vorliegenden Untersuchungen legen die Vermutung nahe, daß die Auswirkungen belastender Lebensereignisse mit der Schutzfunktion medikamentöser Behandlung interferieren. Zu klären wäre, unter welchen Bedingungen (ab welcher Schwelle) die Schutzwirkung medikamentöser Behandlung aufrechterhalten werden kann bzw. ab welchem Belastungsgrad durch Umweltreize die medikamentöse Therapie gestört wird.

Zusammenfassung

Das Hauptproblem gegenwärtiger Verlaufsuntersuchungen über die Bedeutung von Lebensereignissen besteht darin, daß häufig nicht der gesamte Katamnesezeitraum untersucht wird, sondern nur kurze Zeitspannen vor der Erst- und Zweituntersuchung. Die Einteilung der Symptomverläufe in gebesserte und verschlechterte Patienten (bzw. Patienten mit durchschnittlich niedrigem oder hohem Symptomniveau) beruht auf Schätzungen, die sich häufig nur auf zwei Meßwertpunkte beziehen, so daß der tatsächliche Symptomverlauf grob vereinfacht, wenn nicht sogar verfälscht wird.

Das Vorgehen bei Verlaufsuntersuchungen ist weitgehend an dem Design der "Onset-Forschung" orientiert, in dem Lebensereignisse, die kurz vor der Zweituntersuchung aufgetreten sind, entweder in Beziehung zur Querschnittssymptomatik zur Zeit der Katamnese oder zum geschätzten Symptomverlauf im Katamnesezeitraum gesetzt werden. Gelegentlich dient die Anzahl der erlebten Ereignisse zum Zeitpunkt der Aufnahme zur Vorhersage der Symptomatik bei der Katamnese.

Spezifische Aussagen sind häufig nicht möglich, da bei einer großen Zahl der Untersuchungen gemischt-psychiatrische Stichproben verwendet oder unspezifische Veränderungen des psychischen Wohlbefindens in der Bevölkerung erfaßt werden.

Ähnlich wie vor Krankheitsausbruch findet man auch in Verlaufsuntersuchungen Zusammenhänge zwischen der Zunahme unerwünschter (negativer) Ereignisse vor der Zweituntersuchung und der Verschlechterung psychiatrischer Symptomatik bzw. Zusammenhänge zwischen Remission/Symptomverbesserung und Neutralisierung oder Abnahme von bedrohlichen Ereignissen.

Zu den häufig genannten Ereignisarten gehören Verlustereignisse (Myers et al. 1971, 1972), somatische Be-

schwerden und Interaktionsschwierigkeiten (Giel et al. 1978).
Ereignisse, die für den Betroffenen neue, unbekannte Qualitäten haben, scheinen besonders belastend zu sein. Personen, die allein leben, sind im Vergleich zu verheirateten oder Personen mit einem Freundeskreis stärker durch negative Ereignisse in ihrer Gesundheit gefährdet. Die Aussagen bedürfen jedoch noch einer Bestätigung durch weitere Untersuchungen.
Schizophrene Patienten scheinen mehr unerwünschte Ereignisse im zwischenmenschlichen Bereich und in den Bereichen Beruf, Gesetz, Gesundheit zu erleben als Personen der Normalbevölkerung.
Verlustereignisse sind vermutlich für die Rückfallhäufigkeit von depressiven Patienten weniger bedeutsam als für die Krankheitsauslösung. Unmittelbar vor dem Krankheitsrückfall konnte keine Zunahme der Verlustereignisse festgestellt werden; es gibt jedoch Hinweise dafür, daß sich Verlustereignisse vor Krankheitsbeginn je nach dem Ausmaß der individuellen Nachwirkung negativ auf den Symptomverlauf auswirken können.
Für den Rückfall in depressive Symptomatik scheint die Häufung unspezifischer negativer Ereignisse aus verschiedenen Lebensbereichen verantwortlich zu sein.

Strittig bleibt jedoch nach wie vor die Frage, inwieweit die dargestellten Zusammenhänge zwischen Symptomatik und Ereignissen standhalten, wenn symptombedingte Ereignisse und Ereignisse, die unter Kontrolle des Betroffenen stehen, eliminiert werden (Mueller et al. 1978). Hall et al. (1977) konnten beispielsweise keine Zusammenhänge zwischen der Anzahl der erlebten Ereignisse und dem Verlauf bipolarer Psychosen feststellen.

Ungeklärt ist weiterhin die Bedeutung der Langzeit-Wirkung unterschiedlicher Ereignisse. Die Nachwirkungen der

Ereignisse scheinen interindividuell stark zu variieren und sollten deshalb in Zukunft bei Verlaufsuntersuchungen berücksichtigt werden. Es gibt Hinweise dafür, daß langfristiges Bestehen negativer, belastender Bedingungen mit einem höheren Rückfallrisiko verbunden ist.

Die Prüfung der zeitlichen Beziehung zwischen Ereignissen und Krankheit läßt vermuten, daß der Prozentsatz der Personen, bei denen Symptomveränderungen in der Folge von lebensverändernden Ereignissen auftreten, gering ist. Häufiger findet man eine zeitlich parallel verlaufende Veränderung für Ereignisse und Symptomatik (Grant et al. 1978).
Berücksichtigt man weiterhin, daß der Anteil der Varianz, der durch Lebensereignisse erklärt wird, gering ist (meist nicht mehr als 9 %), so scheint sich die Vermutung zu bestätigen, daß die Wirkung von Lebensereignissen in Verlaufsuntersuchungen weniger krankheitsverursachend ist, sondern daß es sich eher um eine negative Wechselwirkung handelt, indem Krankheit dazu prädisponiert, mehr Ereignisse zu erleben, die dann wieder zur Exazerbation der Erkrankung führen.

4. Prädisponierende und auslösende Faktoren bei Patienten mit Anorexia nervosa und bei Patienten mit Zwangsneurosen

4.1 Anorexia nervosa

Die Pubertätsmagersucht wird heute als nosologische Einheit betrachtet, die primär psychisch bedingt ist. Die Kardinalsymptome sind Nahrungsverweigerung und Gewichtsverlust (nach Feighner et al. 1972; mindestens 25 % des früheren Körpergewichts) und eine verzerrte, nicht korrigierbare Einstellung zu Essen, Nahrung, Gewicht und Körper. (Der Körper wird selbst im kachektischen Zustand als zu dick erlebt). Ein wesentliches Krankheitsmerkmal ist die Amenorrhöe. Weiterhin können Perioden der Überaktivität, Episoden von Bulimie, Erbrechen (selbst induziertes) und Laxantienabusus auftreten.

Nach den Veröffentlichungen des Pathologen Simmonds (1914) über hypophysäre Kachexie wurde die Anorexia nervosa jahrzehntelang als hypophysäre Insuffizienz angesehen. Obwohl heute nicht mehr bestritten wird, daß die Erkrankung primär psychisch bedingt ist, gibt es dennoch zahlreiche Untersuchungen, die die somatischen Veränderungen, die bei der Magersucht auftreten, untersuchen (Halmi 1978, Cahill et al. 1979, Warren und Vandewiele 1973 und Keys et al. 1950, Fichter und Pirke 1982). Die Fragestellung dabei ist, ob sich für die Magersucht spezifische somatische Veränderungen finden lassen, die sich von den Folgen unterscheiden, die bei Untergewicht und Unterernährung anderer Genese gefunden werden (z.B. Fastenkuren oder differentialdiagnostisch bedeutsame Erkrankungen wie Neoplasma, Stoffwechselstörungen, Malabsorptionssyndrome, primäre Funktionsstörungen des Hypothalamus oder der Hypophyse, chronische Vergiftungen, Lipodystrophie sowie schizophrene und andere Psychosen).

Neuere Untersuchungen bestätigen, daß nahezu alle somatischen Veränderungen (Bradykardie, Erniedrigung des Blutdrucks, Störungen der Temperaturregelung, Ödembildung, Petechiale Blutungen, Obstipationen, trockene und schuppige Haut und Lanugobehaarung an Wangen, Vorderarmen und Rücken) als Folge des Gewichtsverlustes und der Reduktion der Kalorienzufuhr angesehen werden müssen. Die neuroendokrinologischen Befunde weisen auf eine sekundäre hypothalamische Dysfunktion hin, die bei Gewichtszunahme reversibel ist. Ein Teil der Störungen scheint jedoch Folge der vorausgehenden emotionalen Belastung zu sein wie die Amenorrhöe, die bei ca. einem Drittel der Patientinnen dem Gewichtsverlust vorausgehen kann (Garfinkel und Garner, 1982; Fichter und Pirkel, 1982).
Spezifisch für die Magersucht sind die Folgeerscheinungen des psychisch bedingten Laxantienabusus und des selbstinduzierten Erbrechens (wie Hypokalämie, metabolische Alkalose, Niereninsuffizienz), die irreversibel und deshalb für Diagnose und Therapie bedeutsam sind (Fichter und Pirke, 1982).

Die vorliegenden Untersuchungen über somatische Veränderungen bei Anorexia nervosa scheinen eine primär körperliche Ursache auszuschließen; da bisher jedoch nicht alle untersuchten Parameter eindeutig als Folge der Unterernährung bestätigt werden konnten, wird auch heute noch ein endokriner, prädisponierender Faktor neben anderen Risikofaktoren wie Familienstruktur, Mutter-Kind-Beziehung und soziokulturelle Faktoren für die Erkrankung in Erwägung gezogen (Schwartz et al., 1981).

Die Mechanismen, die zur Entstehung der Anorexia nervosa führen, sind zur Zeit noch nicht exakt bestimmt. Es wird von einer multifaktorellen Verursachung ausgegangen, wobei die Mehrzahl der Untersuchungen über prädisponierende und verursachende Faktoren zu widersprüchlichen

Ergebnissen kommt. Einigkeit besteht jedoch weitgehend darin, daß Anorexia nervosa in den höheren sozialen Schichten überrepräsentiert ist (Crisp et al., 1976; Jones et al., 1980; Morgan & Russel, 1975; Bruch 1973), obwohl in den letzten Jahren auch zunehmend mehr Personen aus den niederen sozialen Schichten an Anorexia nervosa erkranken (Theander, 1970; Garfinkel et al., 1980) und was früher unbekannt war, auch Schwarze von der Krankheit betroffen sein können (Rowland, 1970). Unbestritten ist weiterhin, daß zu 90-95 % Frauen betroffen sind (Jones et al., 1980) und daß der Erkrankungsbeginn in der Adoleszenz liegt (Crisp, 1970) - meist in den späten Teenagerjahren oder Anfang der Zwanziger mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko im Alter von 14 und 18 Jahren (Garfinkel et al., 1980; Halmi et al., 1979). Im Unterschied zu weiblichen Patienten mit Anorexia nervosa konnte bei männlichen Patienten keine schichtspezifische Verteilung der Erkrankung festgestellt werden (Crisp u. Toms, 1972; Marshall, 1978). Auch die ungewöhnliche Zunahme der Inzidenz der Anorexia nervosa in den letzten Jahrzehnten konnte nur für weibliche Patienten festgestellt werden; z.B. von 0,24 auf 0,45 pro 100 000 Personen der schwedischen Bevölkerung im Zeitraum von 1951 bis 1960 (Theander, 1970).

Zu vergleichbaren Ergebnissen für die Gebiete in London, New York und Schottland kam Kendell et al. (1973). Jones et al. (1980) fand bei psychiatrischen Fallregisterstudien allein für die Jahre 1960 bis 1969 im Vergleich zu 1970 bis 1976 beinahe eine Verdoppelung der Inzidenz (von 0,35 auf 0,64 pro 100.000). Crips et al. (1976) gaben in einer Prävalenzstudie einen Überblick über neun Privatschulen in London und fanden einen schweren Fall von Anorexia nervosa bei jedem hundertsten Mädchen von 16 Jahren. Thompson und Schwartz (1982) weisen auf den hohen Anteil anorexieähnlichen Verhaltens und Symptomatik bei augenscheinlich "normal-angepaßten" College-Frauen hin.

Das tatsächliche Ausmaß der Anorexie-Problematik in der Bevölkerung wird nach Garfinkel und Garner (1982) eher unter- als überschätzt; so konnten bei Patienten mit sekundärer Amenorrhöe in Spezialkliniken durch Überprüfung der Diagnose bei 5-14 % der Fälle eine Anorexia nervosa festgestellt werden. (Fries, 1977; Jakobs et al., 1977).

Verbesserte diagnostische Möglichkeiten und größere Verbreitung der Kenntnisse über das Erscheinungsbild der Anorexia nervosa in der Bevölkerung und bei Ärzten könnten auch eine Erklärung für die deutliche Zunahme der Anorexia nervosa sein. Garfinkel & Garner (1982) und Garner et al. (1980) weisen jedoch überzeugend auf den starken soziokulturellen Einfluß bei der Entstehung der Erkrankung hin.

Das besonders von den Medien propagierte Schlankheitsideal der westlichen Gesellschaft sei Teilursache für die zunehmende Unzufriedenheit junger Frauen mit ihrem Körper.

Dwyer et al. (1969) untersuchten bei Highschool-Besuchern die Einstellung zu ihrem Gewicht und fanden, daß 80 % der Frauen gegenüber nur 20 % der Männer sich zu dick fühlten. Garner et al. (1980) untersuchten die Playboy-Magazine der letzten 20 Jahre und konnten zeigen, daß sich das Schönheitsideal der im Magazin dargestellten Frauen deutlich verändert hatte. Das durchschnittliche Gewicht bezogen auf Alter und Größe hatte sich signifikant verringert ebenso der Umfang von Brust und Hüfte, während Taille und Körpergröße signifikant zunahmen. Eine Hinwendung - so konstatieren die Autoren - zu androgynen Körperformen sei feststellbar. Die Besucher des Wachsfigurenkabinetts der Madame Tussaud wählten 1970 noch Elizabeth Taylor als schönste weibliche Gestalt und 1976 bereits das Modell Twiggy. Das Körpergewicht der Kandidatinnen zur Schönheitswahl in Amerika nahm von 1959 bis 1978 durchschnittlich um 0,13 kg und das Gewicht der

Siegerinnen pro Jahr um 0,17 kg ab. Während das idealisierte und erstrebte Körpergewicht zunehmend geringer wird, hat das tatsächlich durchschnittliche Gewicht der amerikanischen Frauen unter 30 eher zugenommen. Garner et al. (1980) fanden eine durchschnittliche Gewichtszunahme von 0,14 kg pro Jahr für die letzten 20 Jahre.
Der gesellschaftliche Druck schlank zu sein und Diät zu halten, begünstigt nach Meinung verschiedener Autoren die Zunahme der Anorexia nervosa (Boskind-Lodahl, 1976; Bruch, 1973, 1978; Selvini-Palazzoli, 1974), wobei nach Bruch (1978) bei Jugendlichen häufig Gewichtskontrolle gleichgesetzt wird mit Selbstkontrolle, die zu Schönheit und Erfolg führt.
Umweltbedingungen, die eine erhöhte Aufmerksamkeit auf die Erhaltung der schlanken Figur fordern, können wie Garner und Garfinkel (1980) an einer Stichprobe von Ballett- und Tanzschülerinnen zeigen, zum Auslöser für Anorexia nervosa werden.

Ein anderer soziokultureller Gesichtspunkt für die Zunahme der Magersucht könnte die Ausweitung und der Wandel der Rolle der Frau in der gegenwärtigen Gesellschaft sein, da die sich teilweise widersprechenden Rollenerwartungen eine hohe Anpassungsleistung erfordern und somit zum Streßfaktor würden (Selvini-Palazzoli, 1974).

Mag der Wandel in den kulturellen Normvorstellungen hilfreich zur Erklärung der Zunahme der Anorexia nervosa in der gegenwärtigen Gesellschaft sein, so reicht sie doch nicht aus, die Entstehung dieser Krankheit, die multifaktoriell bedingt zu sein scheint, hinreichend zu erklären. Bereits Gull (1873) und Charcot (1889) machten die Beobachtung, die auch von den meisten Klinikern heute bestätigt werden kann, daß die Rückkehr in die Familie häufig zu einer Verschlechterung der Symptomatik führt. Aufgrund methodischer Probleme ist der prädisponierende oder auf-

rechterhaltende Einfluß der Familie bisher wenig untersucht worden. Es konnte keine einheitliche Familienstruktur bei Patienten mit Anorexia nervosa festgestellt werden. Häufig beschrieben, doch nicht systematisch untersucht, ist der hohe Leistungsanspruch. Minuchin et al. (1978) charakterisiert die Atmosphäre in Familien, aus welchen Patienten mit Anorexa nervosa stammen, als oberflächlich nett und freundlich; hinter dieser Fassade bestünden jedoch Spannungen und eine Unfähigkeit, Konflikte zu handhaben - bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung von rigiden und überprotektiven Verhaltensweisen. Die Mutter habe nach Szyrynski (1973) und Cobb (1950) eine dominante Stellung in der Familie, während der Vater eher als passiv und unbedeutsam in den Hintergrund tritt. Nach Selvini-Palazzoli (1974) scheinen beide Eltern eher die Führerrolle und damit die Verantwortung abzulehnen; statt dessen scheint jedes Familienmitglied eher bemüht zu sein, sich zum Wohl der Familie möglichst moralisch und aufopfernd zu zeigen. Die Beziehungen des Kindes zu den Eltern scheinen eher durch verdeckte Koalitionsbildung als durch offene Stellungnahmen gekennzeichnet zu sein. In Ermangelung von kontrollierten Studien zu diesem Bereich bleiben die Aussagen jedoch spekulativ. Gesichert scheint außer der Aussage, daß Eltern von Anorexie-Patienten der höheren sozialen Schicht entstammen, noch die Beobachtung zu sein, daß die Eltern bei der Geburt des Kindes überdurchschnittlich alt sind (Halmi et al., 1977; Hall, 1978; Bruch, 1973; Dally, 1969; Jensen, 1968).

Nach Crisp (1967) sei den verschiedenen Familienkonstellationen gemeinsam, daß sie den Reifungsprozeß in der Jugend verhindere, was dazu führe, daß die Jugendlichen die Anforderungen an Selbständigkeit und Selbstkontrolle in der Pubertät als bedrohlich empfänden.
Die Anorexie-Symptomatik diene dem Versuch, die weibliche sexuelle Rolle und die damit verbundene Verantwortung der

Erwachsenenrolle zu vermeiden (Crisp, 1965; Szyrynski, 1973; Freud, 1924).

Die Vererblichkeit der Anorexia nervosa wird eher als unwahrscheinlich angesehen (Fichter und Wüschner-Stockheim, 1979/80), obwohl bisher vorliegende Zwillingsuntersuchungen über konkordante und diskonkordante Erkrankungen widersprüchliche Schlußfolgerungen zulassen. (vgl. Bruch, 1969; Halmi et al., 1973, 1978; Askevold und Heiberg, 1979; Garfinkel und Garner, 1982; Nemeth, 1977; Weiner, 1976; Werman und Katz, 1975; Simmons und Kessler, 1979; Crisp, 1966, 1970; Theander, 1970; Morgan und Russel, 1975)
Das gehäufte Auftreten der Anorexia nervosa in einer Familie ist nicht selten. Besonders auffällig ist die erhöhte Prävalenz für Anorexia nervosa unter Geschwistern (Theander, 1970; Halmi et al., 1977; Dally und Gomez, 1979; Hall 1978; Garfinkel et al., 1980).
Der hohe Anteil anorexieähnlicher Verhaltensweisen in Familien von magersüchtigen Patienten wird eher auf Umweltfaktoren wie das psychopathologische Familienklima und die Möglichkeit des Modellernens als auf Erbfaktoren zurückgeführt (Garfinkel und Garner, 1982; Crisp, 1970). Crisp berichtet von zwei Adoptivkindern, die nacheinander und unabhängig voneinander aufgezogen, beide an Anorexia nervosa erkrankten. Der Adoptivvater, ein Keksfabrikant, litt selber unter einer milderen Form von Anorexia nervosa. Beumont et al. (1978) bestätigt, daß bei der Hälfte der von ihr untersuchten Fälle pathologisches Eßverhalten in der Familie auftrat sowie Über- oder Untergewicht der Eltern (vgl. auch Kalucy et al., 1977). Außerdem scheinen Eltern der Patienten häufiger beruflich mit Nahrungsmitteln zu tun zu haben oder der Ernährung und Gewichtsproblemen besondere Aufmerksamkeit zu widmen (Beumont et al., 1978; Crisp, 1967; Crisp et al., 1974; Dally, 1969; Bruch, 1973; Selvini-Palazzoli, 1974).

Vorwiegend bei psychoanalytisch orientierten Autoren (wie Bruch, 1973; Selvini-Palazzoli, 1974) wird eine belastete frühkindliche Mutter-Kind-Beziehung als mögliche Ursache diskutiert. Die orale Störung der Patientinnen scheinen auf pathologische Prozesse bei der Internalisation und Introjektion stark kontrollierender Mütter hinzuweisen (Waller et al., 1940; Thoma, 1967; Sours, 1974).
Willkürliche und unemphatische Verhaltensweisen der Mutter im frühen Kindheitsstadium führen zu einer Abspaltung der inneren Repräsentanz der Mutter, die auch während der Kindheit nicht integriert wird. Die Kinder verhalten sich typischerweise brav, folgsam, ruhig und sind leicht zu lenken (Selvini-Palazzoli, 1974). Erst in der Pubertät, wenn sich die Körperformen des jungen Mädchens entwikkeln, wird die weibliche Veränderung als Rückkehr der archaischen (negativ erlebten) Mutter auf Kosten des eigenen Selbst erlebt und abgewehrt.
Bruch (1979) dagegen glaubt eher, daß das willkürliche Verhalten der Mutter in der frühen Kindheit vom Kind fordert, daß es eigene Bedürfnisse (vorwiegend Hunger) zu früh den Handlungen der Mutter anpaßt und deshalb nicht die nötigen Ich-Strukturen entwickeln kann, die notwendig sind, um innere Signale des Hungers und der Sättigung wahrzunehmen.
Dieser Ansatz scheint plausibel - insbesondere da die Anorexia nervosa wiederholt als ein verzweifelter Versuch, das Übergewicht zu kontrollieren, interpretiert wird. Tatsächlich berichten eine Reihe von Autoren über das prämorbide Auftreten von Übergewicht ihrer Patienten (Crisp, 1965, 1970 b; Theander, 1970; Dally, 1969). Davon betroffen scheint jedoch eher die Untergruppe der anorektischen Patienten zu sein, die auch unter Episoden von Bulimie leiden.

Von diesen Bedingungen ausgehend, könnte lerntheoretisch gesehen die Anorexie-Symptomatik ein aktives Vermeidungs-

verhalten sein, das der Angstreduktion dient. Verhaltensweisen, die dazu führen, das idealisierte Gewicht zu erreichen bzw. eine Gewichtszunahme zu verhindern, werden sowohl positiv verstärkt (Gewichtsabnahme) als auch negativ verstärkt (Angstreduktion). Das Übergewicht als aversiver Reiz ist kognitiv mit einer Reihe von Verhaltensweisen assoziiert, die als gelernte Hinweisreize ebenfalls angstauslösende Wirkung haben wie beispielsweise Nahrungsaufnahme, Sättigungsgefühl, Verdauungsvorgang, fehlende Bewegung, fehlende Selbstbeherrschung. Das Unterbrechen und Vermeiden dieser Reize vermindert die Angst (negative Verstärkung) und führt somit zu einer Zunahme der Verhaltensweisen, wie sie typischerweise bei anorektischen Patienten gefunden werden wie Fasten, Bewegungsdrang, Laxantienabusus und selbstinduziertes Erbrechen nach Nahrungsaufnahme. Die Aufmerksamkeit und Zuwendung durch die Umwelt sowie die häufig das Fasten begleitende euphorische Stimmungslage dienen zusätzlich als positive Verstärker, die die Aufrechterhaltung der Erkrankung unterstützen.

Dieser einmal erlernte Angstreduktionsmechanismus kann dann auch im Sinne einer erfolgreich erworbenen Problemlösungsstrategie bei anderen Konflikten und Schwierigkeiten, die angstauslösend sind, mobilisiert werden (vgl. auch Fichter und Wüschner-Stockheim, 1979/80), insbesondere wenn angemessene Bewältigungsstrategien fehlen oder versagen.

Schwierigkeiten und Probleme im Vorfeld der Magersucht, die als auslösende Ereignisse angesehen werden können, werden von verschiedenen Autoren berichtet, ohne daß jedoch ein spezielles Ereignis gefunden wurde, das dem Krankheitsbeginn vorausgeht. Theander (1970) fand bei 50 %, Halmi (1974) bei 55 % und Morgan und Russel (1975) bei 65 % und Casper und Davis (1977) bei allen Patienten

vorausgehende Veränderungen, Ereignisse oder Probleme. Im folgenden werden die häufigst genannten Ereignisse aufgeführt, wobei jedoch zu berücksichtigen ist, daß diese Informationen nicht durch systematische Life-Event-Untersuchungen erhoben wurden, sondern der Durchsicht von Krankengeschichten entstammen oder auf Spontanangaben der Patienten beruhen. Bei Untersuchungen, die vorgeblich Ereignisse systematisch erhoben haben, bleibt unklar, nach welchen Kriterien die meist geringe Auswahl der erhobenen Ereignisse erfolgte und welche Einzelereignisse unter einem Sammelbegriff subsummiert und wie die Erhebung durchgeführt wurde.

Halmi (1974 a) fand bei 37 % ihrer Patienten, daß die Anorexia nervosa mit einer freiwilligen Diät im Zusammenhang mit Bemerkungen über das äußere Erscheinungsbild begann. 13 % der Betroffenen erlebten diese Bemerkung als verletzend und demütigend. Bei 36 % der von Halmi untersuchten Patienten standen familiäre Konflikte inklusive Trennung im Vordergrund. Trennungs- und Verlustereignisse werden wiederholt als bedeutsam berichtet (Blitzer et al., 1961; Kay und Leigh, 1954; Morgan und Russel, 1975; Theander, 1970). Verlust von Eltern, Geschwistern, Freunden oder nahen Verwandten berichtet Beumont et al. (1978) bei 11 von 34 Patienten. Kalucy et al. (1977) beobachtete bei 29 % der Fälle einen Todesfall in der Familie. Dally (1969) dagegen fand, daß Ereignisse wie Todesfälle und schwere Erkrankungen bei Familienmitgliedern zusammengenommen nur bei 17 % der Patienten als vorausgehendes Ereignis auftraten.

Unter Trennungsereignissen werden häufig sowohl Todesfälle, Auszug aus dem Elternhaus, Collegebeginn als auch Sommeraufenthalte verstanden. Rowland (1970) fand zu 23 % solche verschiedenen Trennungsereignisse im Vorfeld der Erkrankung, während Harding (1977) allein für das auslösende Ereignis Auszug aus dem Elternhaus eine Häufung von 34 % findet. Ortswechsel und Umgebungswechsel werden

ebenfalls als mögliche vorausgehende Ereignisse erwähnt (Theander, 1970 und Beumont et al., 1978). Der hohe Leistungsanspruch, der in Familien mit Anorexie-Patienten herrschen soll, scheint die Patienten anfällig für Leistungs- und Wettbewerbssituationen zu machen. Beumont (1978) fand bei 12 von 34 Patienten im Vorfeld der Erkrankung berufliche (Examen) oder sportliche (Tanzwettbewerb) Konkurrenz- oder Leistungssituationen.
Dally (1969) bestätigt in 57 % der Fälle eine tatsächliche oder als solche erlebte Versagenssituation als Auslöser, während andere Autoren wie Theander (1970), Rowland (1970) und Halmi (1974 a) Leistungs- und Konkurrenzsituationen nur selten als auslösende Ereignisse im Vorfeld der Magersucht finden. Eine altersgemäße Erfahrung ist der Beginn von Beziehungen zum anderen Geschlecht, erste sexuelle und erotische Kontakte. Diese emotional häufig belastenden Erfahrungen werden von verschiedenen Autoren als auslösende Ereignisse beschrieben (Dally, 1969, bei 36 %; Rowland 1970, bei 23 % und Halmi 1974 a, bei 60 % der Fälle).
Heirat und Schwangerschaft der Patientin oder eines Geschwisters werden nicht nur als auslösende, sondern auch als prognostisch bedeutsame Ereignisse angesehen (Hsu et al., 1979; Weinfeld et al., 1977).
Einerseits werden Heirat und Schwangerschaft häufig mit dem Krankheitsrückfall in Zusammenhang gebracht (Garfinkel und Garner, 1982), andererseits berichtet Theander (1970), daß 79 % seiner gebesserten Patienten verheiratet waren (das entspricht ungefähr dem Erwartungswert in Schweden), während nur 30 % der nicht gebesserten Patienten verheiratet waren. Hsu (1979) glaubt, daß der gesundheitliche Zustand zum Zeitpunkt der Heirat ausschlaggebend ist. Er fand, daß 15 von 20 Patienten, die nach der Besserung geheiratet hatten, eine zufriedenstellende eheliche Beziehung hatten, während von 14 Patienten, die während der Erkrankung geheiratet hatten, zwei verstor-

ben, drei geschieden waren und fünf über sexuelle Probleme in der Ehe berichteten. Einen positiven Zusammenhang zwischen Besserung der Symptomatik, Heirat und Geburt von Kindern, berichten auch Dally (1969) und Kay und Schapira (1965) und Morgan und Russel (1975).
Überhaupt keine Unterschiede zwischen gebesserten und nicht gebesserten Patienten bezüglich der Anzahl der erlebten Ereignisse fand Pierloot et al. (1975) in einer Verlaufsuntersuchung. Er hatte allerdings auch nur drei relativ global definierte Ereignisgruppen untersucht. (Bemerkung über die Figur, Konflikte mit den Eltern im Zusammenhang mit Autonomiebestrebungen und Konfrontationen mit Sexualität).
Das Fehlen von auslösenden Ereignissen wird als prognostisch ungünstiges Zeichen gewertet (Halmi et al., 1977), da man davon ausgeht, daß beim Fehlen auslösender Ereignisse eine schwerere Psychopathologie zugrunde liegt.

Wegen des unterschiedlichen Vorgehens bei der Erhebung und Auswahl der Ereignisse sind die verschiedenen Untersuchungen schwer vergleichbar. Die Ereignisse scheinen sich nicht wesentlich von den Ereignissen zu unterscheiden, die bei anderen psychiatrischen Erkrankungen berichtet werden. Verlustereignisse zum Beispiel treten auch besonders häufig im Vorfeld der Depression auf. Die Angaben der Untersucher über die Häufigkeit verschiedener Ereignisse im Vorfeld der Erkrankung variieren so stark, daß keine der genannten Ereignisgruppen als speziell bedeutsam für die Auslösung oder die Aufrechterhaltung der Erkrankung angesehen werden könnte. Hinter den verschiedenen auslösenden Ereignissen stünden - wie einige Autoren vermuten - möglicherweise als gemeinsamer Faktor Ängste und Probleme im Zusammenhang mit Anforderungen an die Autonomie- und Identitätsfindung, wobei der drohende Verlust der Selbstkontrolle und der drohende oder tatsächliche Verlust des Selbstwertgefühls bedeutsam sein

sollen (Kalucy, 1977; Bruch, 1973; Selvini-Palazzoli, 1974; Garfinkel und Garner, 1982).

4.2 Zwangsneurose

Für die Diagnose Zwangsneurose sind Zwangsphänomene wie Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, die vom Betroffenen trotz ständiger Wiederholung als unsinnig erkannt werden, charakteristisch (Schneider, 1962; vgl. auch Definition des WHO Diagnoseschlüssel).
Die richtige nosologische Zuordnung beim Auftreten von Zwangsphänomenen zu treffen, ist jedoch schwierig, da Zwangserscheinungen auch im Rahmen von hirnorganischen Erkrankungen (Spiel, 1974; Rümke, 1967; Richter, 1961) und endogenen Psychosen auftreten können; beispielsweise als Vorläufer einer subakut verlaufenden Schizophrenie (Black, 1974; Gittleson, 1966 a).
Andererseits können Depressionen zum Auslöser für Zwänge werden oder wechselseitig zu ihr vorkommen (Rachman und Hodgson, 1980; Rachman, 1976; Mellet, 1974; Welner, 1976; Lewis, 1934; Lewinsohn et al., 1973; Beech und Liddel, 1974). Das Auftreten von Zwängen im Kontext oder als Folge von verschiedenen anderen körperlichen oder psychischen Störungen läßt vermuten, daß Zwangserscheinungen keine einheitliche Ätiologie haben. Die Berücksichtigung der Interaktion des Zwanges mit verschiedenen anderen Störungen wäre für die Therapieplanung, Diagnose, die Beurteilung des Behandlungserfolges sowie für das Verständnis der Genese bedeutsam. Leider werden Bemühungen in diese Richtung durch eine bislang unzureichende Diagnostik bei den publizierten Studien erschwert (Süllwold, 1979).
Der genetische Einfluß bei der Entwicklung der Zwangsneurose wird von verschiedenen Autoren hervorgehoben (Shields, 1973; Slater und Cowie, 1971; Rosenthal, 1970;

Zerbin-Rüdin, 1953). Es scheint sich jedoch nicht um eine direkte Vererbung der Zwangskrankheit zu handeln, sondern eher um die erhöhte Prädisposition zur Neuroseentwicklung oder zu Angstzuständen. Personen mit einem hohen Neurotizismuswert oder einem hohen Neurotizismus- und Introversionswert und großer Verletzbarkeit gegenüber Kritik, Bestrafung und Frustration sind besonders anfällig für die Entwicklung von Störungen wie z.B. Zwängen (Eysenck, 1967; Gray, 1970). Versuche, den genetischen Einfluß durch Zwillingsuntersuchungen, Untersuchungen von Adoptivkindern und familiären Krankheitshäufungen nachzuweisen, sind nach Rachman und Hodgson (1980) bisher gescheitert, obwohl hohe Konkordanzraten bei Zwillingen gefunden wurden. Inouye (1975) fand eine Konkordanz der Erkrankung bei eineiigen Zwillingen von 80 % und Tienari (1963) sogar eine Konkordanz von 91 %. Der Aussagewert dieser Untersuchungen wird jedoch von Black (1974) in Zweifel gezogen, da eine Überprüfung der Symptomatik die Diagnose Zwangsneurose in keinem Fall rechtfertige. Jedoch auch diagnostisch überzeugende Untersuchungen wie sie von Woodruff und Pitts (1963) und Shields (1973) berichtet werden, weisen immerhin noch auf eine Konkordanzrate von drei bei zwangskranken Zwillingen hin. Das entspricht einem Wert, der nicht mehr durch den Zufall erklärt werden kann (Marks et al. 1969).

Rachman und Hodgson weisen am Beispiel eines von Marks et al. (1969) veröffentlichten Berichtes über konkordant erkrankte Zwillinge darauf hin, daß die Übertragung der Erkrankung von einen auf den anderen Zwilling auch durch soziales Lernen plausibel erklärbar sei.

Wäre jedoch soziales Lernen (Modellernen) tatsächlich der ausschlaggebende Faktor bei der Entwicklung von Zwangsneurosen, so müßte die Inzidenz innerhalb der Familie und besonders bei Eltern hoch sein. Nach einer Übersicht von Rachmann und Hodgson (1980) bei der Arbeiten von Slater und Cowie (1971) und Gittleson (1966 d) berücksichtigt

werden, variieren die Angaben der Autoren über den Prozentsatz der Eltern, die zwanghafte Züge aufweisen, zwischen 5 und 37 % und für Geschwister zwischen 3 und 21 %. Der prozentuale Anteil an Zwangsneurosen ist jedoch wesentlich geringer. Er liegt für Eltern zwischen 0,1 und 8 % und für Geschwister zwischen 0,1 und 36 %. Läßt man jedoch die aus dem Rahmen fallende hohe Schätzung aus der Untersuchung von Lewis (1936) weg, so liegt der Prozentsatz der Geschwister, die an Zwangsneurosen erkranken, auch nur zwischen 0,1 und 7 %.
Eine direkte genetische Vererbung der Zwangsneurose scheint nach dieser Übersicht unwahrscheinlich zu sein. Tatsächlich weisen vorliegende Untersuchungen auch eher auf eine hohe familiäre Belastung mit anderen psychiatrischen Erkrankungen hin. Besonders häufig werden "ängstliche Persönlichkeiten", (Brown, 1942; zu 37 % bei den Eltern) "Angstzustände" und "Phobien" diagnostiziert (Rosenberg, 1967; Kringlen, 1965).
Untersuchungen an Kindern zwangserkrankter Patienten (Cowie, 1961) zeigen, daß neurotische Störungen bei diesen Kindern häufiger auftreten als bei Kindern, deren Eltern unter endogenen Psychosen oder anderen psychiatrischen Störungen leiden. Das Spektrum der Störungen, das Kinder von Zwangskranken aufweisen, ist allerdings weit gefächert. Immerhin fand Cowie (1961) bei zwei von sieben stark gestörten Kindern Zwangssymptome und Rutter (1966) bei vier von neun Kindern. Trotz dieser Ergebnisse meinen Rachman und Hodgson (1980), sei die These nicht widerlegt, daß Kinder von Zwangsneurotikern aufgrund gestörter sozialer Lernprozesse eine generelle Tendenz zu neurotischen Störungen entwickeln, wobei Zwangssymptome ebenso wie andere neurotische Störungen auftreten können.

Wie wird die Atmosphäre in den Familien von Patienten, die später an Zwangsneurose erkranken beschrieben und wie ist der vorherrschende Erziehungsstil?

Die familiäre Atmosphäre in der Zwangskranke aufwachsen, wird von Adams (1973) folgendermaßen charakterisiert: Es seien meist protestantische Akademikerfamilien mit wenig Herzlichkeit, aber hohem moralischen Anspruch und dem Beharren auf Disziplin, Gehorsam, Form und Anstand. Die Geselligkeit sei eher eingeschränkt; Sauberkeit, Sparen und selbst erarbeitetes Geld seien besonders hoch angesehene Werte. Die Mutter habe eher eine dominante Stellung. Nissen (1971) weist ebenfalls auf die Forderung der Eltern nach Gehorsam und Unterwürfigkeit hin. Überstrenge, liebesarme, einengende, angstprovozierende Erziehung sei kennzeichnend, Eigenständigkeit und Eigenproduktivität können sich jedoch nicht entwickeln. Auch Cooper und McNeil (1968), Tseng (1973) und Lo (1967) betonen überproduktive, zu Perfektionismus tendierende, körperlich einengende und abhängigmachende Erziehung. Rachman (1979) sieht elterliche Kontrolle und Besorgtheit als einen Faktor in der Entwicklung von Zwängen. Er unterscheidet jedoch zwischen Eltern, deren Kontrolle sich schwerpunktmäßig in überprotektivem Verhalten zeigt, was die Entstehung von Wasch- und Putzzwängen begünstige und Eltern, deren kritische Kontrolle der Einhaltung hoher Ansprüche dient. Letztere begünstigen die Entwicklung von Kontrollzwängen.

In der psychoanalytischen Theorie der Neuroseentwicklung wird der frühkindlichen familiären Umgebung ebenfalls große Bedeutung zugemessen. Die Zwangsneurose stellt wie jede Neurose in der psychoanalytischen Theorie den Lösungsversuch eines Konfliktes zwischen unbewußten Wünschen und triebabwehrenden Ich-Leistungen dar, wobei jedoch das Neurosenspezifische durch verschiedene Wunschinhalte unterschiedlicher Ich- und Über-Ich-Strukturen geprägt ist.
Nach Quint (1972) sind Zwangsvorstellungen (Impulse) eher direkte Abkömmlinge der Triebe, während Zwangshandlungen

(auch gedanklich) eher die Abwehr, Kontroll- und Strafhandlungen der Ich-Funktion darstellen, die als Reaktion auf die vorausgehenden Zwangsvorstellungen (sind als Vorläufer immer vorhanden - auch wenn nicht immer explorierbar) angesehen werden.
Die Anfangskette der Störung liegt im kognitiven Bereich (Kuiper, 1969). Durch den Abwehrmechanismus der Isolierung werden jedoch die Zwangsvorstellungen aus ihrem ursprünglichen Zusammenhang herausgerissen und von dem dazugehörigen Affekt abgetrennt.
Die Störung entsteht im Verlauf des 2. bis 3. Lebensjahres, einer Zeit der "anal-sadistischen" Triebregelung - einer Zeit, in der das Kind noch magisch denkt und - was von besonderer Bedeutung ist - sich die motorisch agressiven Regungen entwickeln (Schultz-Hencke, 1951). Das Kind lernt in dieser Zeit, daß eigene Impulse (Wille) durch motorische Handlungen auch tatsächlich zum Erfolg führen können bzw. etwas bewirken. Es entwickelt sich Handlungssicherheit und Selbstvertrauen, wenn die motorischen Bemühungen und Versuche sich mit der Umwelt auseinanderzusetzen, nicht gestört werden. Bei späteren Zwangsneurotikern werden die spontan lustvoll probierenden Handlungsversuche nicht genügend positiv verstärkt, sondern behindert. Als Folge davon treten Frustration, Ängste und Handlungsunsicherheit auf, die eine gesunde Ich-Entwicklung in dieser Phase verhindern, d.h. der Betroffene lernt, daß eigenwillige, freie Handlungsabläufe gefährlich sind und abgewertet werden.
Die Lernerfahrungen, die diesem psychoanalytischen Konzept zugrunde liegen, sind gar nicht so unvereinbar mit den Ergebnissen, die die Lernpsychologie in Tier- und Humanexperimenten in Analogie zu den Symptomen der Zwangsneurose gefunden hat. In Analogie zu den motorischen Zwangshandlungen, die durch stereotype Wiederholung gekennzeichnet sind, konnten im Tierexperiment stereotype Reaktionsweisen provoziert werden, die stark löschungsre-

sistent sind. Unter frustrierenden experimentellen Bedingungen - wenn z.B. beim Lösen von Diskriminationsaufgaben richtige oder falsche Reaktionen nicht konsistent, sondern zufällig bestraft oder belohnt werden - hören die Tiere auf zu reagieren. Zwingt man sie jedoch zur Reaktion, so wählen sie stereotyp immer die gleiche Lösung - unabhängig davon, wie sich die Verstärkerbedingungen verändern. Wird eine einmal erlernte Vermeidungsreaktion (z.B. Vermeiden eines Elektroschlages durch Hebeldruck) durch inkontingente oder kontingente elektrische Schläge bestraft, so führt dies zur Erhöhung oder Persistenz dieser "selbstbestrafenden" Reaktion, die auch unter Löschungsbedingungen aufrechterhalten wird. (vgl. Amsel, 1971; Maier, 1949; Maier und Klee, 1945; Maier und Ellen, 1955; Sidman et al., 1957; Bandura, 1969)

Eine weitere interessante Reaktion zeigt sich, wenn man Tiere in unlösbare Konfliktsituationen bringt. Es treten spontan früher einmal erlernte Vermeidungs- (Abwehr-) Reaktionen auf (Fonberg, 1956).
Tunner (1979) und Birbaumer et al. (1975) konnten entsprechendes für Menschen unter Streßbedingungen feststellen. Die früher erlernten Vermeidungsreaktionen treten auf, auch wenn sie im Kontext der gegenwärtigen Situation sinnlos oder überflüssig sind.
Welche Streßbedingungen den Ausbruch der Zwangsneurose begünstigen, ist noch ungeklärt. Gibt es spezifische Ereignisse oder ist die Art des Ereignisses von sekundärer Bedeutung und genügt das Zusammentreffen verschiedener Umweltveränderungen und Ereignisse zur Erklärung? In der Literatur findet man Hinweise auf Ereignisse und Veränderungen, die der Krankheit vorausgehen. Wenn diese Informationen auch nicht wissenschaftlichen Ansprüchen genügen, so geben sie dennoch Hinweise und Richtlinien für weitere Untersuchungen. Es wird bei ca. 30 bis 50 % der Fälle kein vorausgehendes Ereignis gefunden (Black,

1974; Goodwin et al. 1969). Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, daß häufig kein akuter Krankheitsbeginn feststellbar ist (ca. 50 % nach Rachman und Hodgson 1980), was die Zuordnung von Ereignissen erschwert. Lo (1967) berichtet, daß sich 56 % seiner Patienten an ein vorausgehendes Ereignis erinnerten. Bei Ingram (1961) waren es 70 %, bei Rudin (1953) 58 %, bei Pollitt (1957) und Bridges et al. (1973) 62 %.
Inhaltlich treten drei Ereignisgruppen in den Vordergrund, nämlich sexuelle Probleme, Eheschwierigkeiten und berufliche Probleme. Lo (1967) betont speziell Frustrationen und Überbelastung bei der Arbeit, während Pollitt (1957) mehr sexuelle und eheliche Probleme hervorhebt. Kringlen (1970) fand bei 65 % der Frauen einen akuten Krankheitsbeginn, jedoch nur bei 40 % der Männer. Die berichteten vorausgehenden Ereignisse waren bei Männern weniger eindeutig als bei Frauen. Angsterzeugende Ereignisse bei Frauen waren Schwangerschaft, Abortus, Geburt des Kindes, körperliche Krankheiten und familiäre Konflikte. Bei Männern traten Belastungen im Zusammenhang mit dem Beruf auf und gelegentlich familiäre Konflikte.

Probleme mit der Pubertät werden von Lo (1967) und von Kringlen (1970) als mögliche Auslöser für leichte Zwangssymptome angesehen, die sich dann bis zum Erwachsenenalter zu schweren Symptomen entwickeln.
Rachmann und Hodgson (1980) glauben, daß speziell die Zunahme an Verantwortung, die mit verschiedenen beruflichen und ehelichen oder sozialen Ereignissen einhergehen, zur belastenden auslösenden Erfahrung werden kann. Seiner Meinung nach sind vorausgehende Ereignisse eher bei Putz- und Waschzwängen zu erwarten, da für diese Patienten meist ein akuter Krankheitsbeginn festgestellt werden konnte, während der Krankheitsbeginn bei Patienten mit Kontrollzwängen im allgemeinen graduell erfolgte.
Belschner et al. (1979) glauben, daß Zwangsverhalten be-

sonders dann ausgelöst wird, wenn als Vorläufer im primären Sozialisationsprozeß Verhaltensweisen erworben wurden wie soziale Angst, Unselbständigkeit, Abhängigkeit und Unsicherheit darüber, wie Normen richtig einzuhalten sind. Die so entstandene Kritikerwartung begünstige die Ausbildung des Zwangsverhaltens besonders dann, wenn diese Person plötzlich mit anderen Bezugspersonen oder anderen Regeln konfrontiert würden wie z.B. beim Verlassen der primären Sozialisationsgruppe, bei Aufnahme oder Wechsel des Berufes, bei der Gründung der Familie und Übernahme der Erziehungsverantwortung.

4.3 Schlußfolgerungen für diese Untersuchung

Die Darstellung prädisponierender und auslösender Faktoren (Kapitel 4.1 und 4.2) hat gezeigt, daß die Erkrankung an Anorexia nervosa oder Zwangsneurose durch das komplexe Zusammenwirken von gesellschaftlichen, familiären Lernerfahrungen und zum Teil erblichen Einflußfaktoren mitbestimmt wird. Durch die Untersuchung von Umweltfaktoren wie lebensverändernden Ereignissen kann deshalb auch nur ein Teilaspekt der Krankheitsentstehung oder -aufrechterhaltung geklärt werden.

Lebensereignisse als belastende, krankheitsbedingende Umwelteinflüsse werden für beide Diagnosegruppen angenommen, ohne daß durch vorliegende Untersuchungen präzisiert werden könnte, ob diagnosespezifische Ereignisse zur Auslösung der Erkrankung beitragen.

Die Durchsicht der Literatur zeigt, daß die Art vorausgehender Ereignisse von Untersucher zu Untersucher anders beurteilt wird, so daß ein breites Spektrum möglicherweise krankheitsauslösender Lebensereignisse angeboten

wird, das schwer von denen anderer psychiatrischer Störungen abgegrenzt werden kann.

Bei den beiden Zieldiagnosen Anorexia nervosa und Zwangsneurosen zeigt der inhaltliche Vergleich der Ereignisse mehr übereinstimmende als trennende Gesichtspunkte. So werden Heirat, Schwangerschaft, Geburt, familiäre Konflikte, Partnerprobleme, sexuelle Probleme, Verlassen des Elternhauses und berufliche Veränderung für beide Diagnosen als Vorläufer angegeben. Lediglich "Verlustereignisse" scheinen bei Patienten mit Anorexia nervosa häufiger aufzutreten und "körperliche Erkrankungen" eher bei Patienten mit Zwangsneurosen.

Aufgrund der vorliegenen Informationen sind für diese Untersuchung keine diagnosespezifischen Ereignisse zu erwarten. Es ist jedoch zu berücksichtigen, daß die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchungen kaum vergleichbar sind, da das Vorgehen bei der Erhebung und die Anzahl und Art der untersuchten Ereignisse stark variieren. Angaben über die Häufigkeit des Auftretens einzelner Ereignisse im Vorfeld der Erkrankung sind so unterschiedlich, daß man derzeit noch keine gesicherten Aussagen über Ausmaß und Wirkungsweise von Lebensereignissen bei den genannten Diagnosegruppen machen kann.

Primäres Ziel der vorliegenden Untersuchung ist deshalb auch nicht die inhaltliche Analyse von Ereignissen, sondern zunächst einmal die Klärung der Frage, ob es überhaupt Zusammenhänge zwischen Ereignissen und dem Krankheitsverlauf von Patienten mit Anorexia nervosa und Zwangsneurosen gibt und welchen Stellenwert die subjektiv erlebte Qualität (positiv oder negativ) der Ereignisse hat.
Bei der Erhebung muß deshalb darauf geachtet werden, daß ein möglichst breites Spektrum eventuell auslösender

Ereignisse dargeboten wird, wobei die in der Literatur für beide Diagnosen erwähnten Ereignisse durch Ereignisse ergänzt werden sollen, die in Live-Event-Untersuchungen bei anderen psychiatrischen Erkrankungen erhoben werden. Außerdem ist auf die systematische Befragung einer vorher definierten Anzahl von Ereignissen zu achten.

5. Die Untersuchung zur Erfassung der Beziehung von positiven und negativen Lebensereignissen zum Krankheitsverlauf von Patienten mit Anorexia nervosa und Zwangsneurose

5.1 Ausgangssituation und Rahmenbedingungen der Untersuchung

5.1.1 Ausgangssituation

Auf Initiative und unter Leitung von Prof. Dr. D. von Zerssen, Leiter der klinischen Abteilung des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie, formierte sich 1976 eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Mitarbeitern der verschiedenen Abteilungen, die Ziele und Probleme einer Katamnese diskutierten.

10 Jahre nach Bestehen des MPI für Psychiatrie war der Wunsch naheliegend, durch eine systematische Untersuchung Rückmeldung über den Krankheitsverlauf ehemaliger Patienten zu erhalten, zumal sich dafür am MPI für Psychiatrie besonders günstige Bedingungen boten.

Herr Professor von Zerssen hatte seit Gründung der Abteilung eine ausführliche Basis und Befunddokumentation aufgebaut, die neben der routinemäßigen Erhebung sozialer und biographischer Stammdaten und therapeutischer Maßnahmen auch die standardisierte Erfassung des subjektiven Befundes des Patienten unter verschiedenen Aspekten sowie eine Befundung durch den behandelnden Therapeuten zum Zeitpunkt der Aufnahme, der Entlassung und während des stationären Aufenthaltes vorsieht. Die standardisierten klinischen Selbstbeurteilungsskalen sind als Bestandteil des Münchner Psychiatrischen Informationssystems (PSYCHIS München; vergleiche von Zerssen 1972 a; 1973 a; Barthelmes und von Zerssen 1978) ebenso wie die Basisdaten in einer Datenbank gespeichert und somit jederzeit

abrufbar und für statistische Vergleiche verfügbar. Die standardisierten klinischen Daten liefern wichtige Informationen zur Psychopathologie und ermöglichen im Rahmen einer Nachuntersuchung einen Vergleich des psychopathologischen Zustandes zum Zeitpunkt der Katamnese mit dem Aufnahme- und Entlassungszustand. Diese Dreipunktmessung entspricht den methodischen Anforderungen einer prospektiven Studie.

5.1.2 Überblick über die Katamneseuntersuchung

5.1.2.1 Hauptfragestellung der Katamnese

Die Hauptfragestellung der Gesamtuntersuchung galt der Feststellung des Gesundheitszustandes, der Therapiebedürftigkeit und sozialen Integration der Patienten nach einem Zeitraum von durchschnittlich 4 1/2 Jahren seit der Entlassung aus der stationären Behandlung sowie der Feststellung von Einflußgrößen wie biosozialer Veränderungen und therapeutischer Maßnahmen auf den Krankheitsverlauf und der Analyse von Prädiktoren für den Verlauf der Symptomatik. Dieser Teil der Untersuchung stand unter der Verantwortung von Frau Wüschner-Stockheim und wurde von ihr durchgeführt. (Wüschner-Stockheim 1982)

5.1.2.2 Instrumente

Für die Untersuchung wurden folgende routinemäßig am Max-Planck-Institut verwendeten standardisierten Selbstbeurteilungsbögen ausgewählt. Die Beschwerdeliste (BL, BL', BL°), die Ausmaß der subjektiv erlebten körperlichen Beeinträchtigung erfaßt und die Paranoid-Depressivitäts-skala (PD-S, PD-S'), die 2 Faktoren erfaßt; erstens das Ausmaß paranoider Tendenzen (von Mißtrauenshaltung und

Realitätsfremdheit bis zum Wahn), zweitens das Ausmaß depressiver Verstimmtheit (vergleiche von Zerssen, 1976).

Als standardisiertes Fremdbeurteilungsinstrument zur Beurteilung des psychopathologischen Befundes wurde die multidimensionale psychiatrische Beurteilungsskala für Klinikpatienten (IMPS) verwendet (Lorr et al., 1963), die seit Jahren am MPI angewandt wird und den Aufnahme- und Entlassungszustand dokumentiert.

Neben den standardisierten Selbstbeurteilungs- und Fremdbeurteilungsbögen standen ausführliche, nach einheitlichem Prinzip (Leitfaden) abgefaßte Krankengeschichtsinformationen zur Vorgeschichte des Patienten zur Verfügung. Die Erfassung der Querschnittssymptomatik zum Zeitpunkt der Katamnese und die retrospektive Erhebung der Häufigkeit und Art therapeutischer Maßnahmen seit Entlassung erfolgte in einem ausführlichen semistrukturierten Interview.

Mit speziell für diese Untersuchung entwickelten Selbstbeurteilungsbögen konnten Zusatzfragen, wie die Erfassung biographischer Veränderungen und einer rückblickenden Therapiebewertung des Patienten (Wüschner-Stockheim 1982) erhoben werden und das Ausmaß der Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen durch die Symptomatik (FEL) abgeschätzt werden. (Fritz, unveröffentlicht)

5.1.2.3 Durchführung

Die Durchführung der Untersuchung erfolgte nach schriftlicher Einladung in den Räumen des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie. Im Anschluß an das Ausfüllen der Selbstbeurteilungsbögen (ca. 1 1/2 Stunden) wurde das ca. einstündige semistrukturierte Interview zur Erfassung der

Querschnittssymptomatik und deren Auswirkungen von Frau Wüschner-Stockheim durchgeführt.
Im Anschluß daran erfolgte nach einer kurzen Pause die Erhebung der Lebensereignisse (siehe Kap. 5.4) in einem 2stündigen Interview.

5.2 Ziele und Einschränkungen der Lebensereignisforschung im Rahmen einer Katamnese

Die Nachuntersuchung ehemals stationär behandelter Patienten mit Zwangsneurosen und Anorexia nervosa am Max-Planck-Institut für Psychiatrie brachte die seltene Gelegenheit, den langfristigen Einfluß von Lebensereignissen auf den Krankheitsverlauf zu untersuchen. Diese Gelegenheit sollte genutzt werden, obwohl die Einbeziehung von Lebensereignissen zum Zeitpunkt des Aufbaus der Basis- und Befunddokumentation am Max-Planck-Institut für Psychiatrie (v. Zerssen, 1976) nicht beabsichtigt war und somit keine Daten über die Lebensereignisse vor, während oder nach der stationären Aufnahme vorlagen.

Die Erhebung mußte dementsprechend retrospektiv durchgeführt werden, wodurch das Risiko der Verfälschung der Daten durch Faktoren wie Erinnerungsirrtümern und Verzerrungen, die aus dem Erklärungsbedürfnis kranker Menschen resultieren können, erhöht wird.
Bezüglich des Untersuchungsziels bedeutete die Vorgabe eines retrospektiven Designs den Verzicht auf die Untersuchung kausaler Zusammenhänge zwischen Ereignissen und Erkrankung.
Primäres Ziel dieser Untersuchung konnte deshalb nur die Erfassung von korrelativen Zusammenhängen zwischen Ereignisparametern und dem Symptomverlauf sein. Darüber hinaus war die Erhebung der Lebensereignisse als Teilfragestellung im Rahmen einer Katamnese zeitlichen und somit auch

inhaltlichen Beschränkungen unterworfen. Die gesamte Erhebungszeit sollte pro Patient nicht 6 Stunden überschreiten, davon entfielen ca. 2 Stunden auf die Erhebung der Lebensereignisse. Brown und Mitarbeiter verwenden allein 6 Stunden für das Life-Event-Interview.

Die zur Verfügung stehende Erhebungszeit erforderte eine Beschränkung auf die Erfassung und Bewertung der wichtigsten Ereignisparameter wie Anzahl, Qualität, Schweregrad, Dauer der Ereignisse und Einschätzung der Auswirkung der Symptomatik auf die Ereignisse.

Auf eine Reihe weiterer interessierender Fragen mußte verzichtet werden; beispielsweise auf die Frage nach der Wirkung individuell unterschiedlicher Bewältigungskapazitäten bei der Auseinandersetzung mit Ereignissen ebenso wie auf die Frage nach den unterschiedlichen Wirkungen von kontrollierbaren versus, nicht kontrollierbaren und vorhersehbaren gegen nicht vorhersehbaren Ereignissen. Trotz dieser Einschränkungen erschien die Erhebung von Lebensereignissen im Rahmen der Katamnese sinnvoll, da derzeit noch keine systematischen Untersuchungen über die Zusammenhänge zwischen Lebensereignissen und Krankheit bei Patienten mit Anorexia nervosa und Zwangsneurosen vorliegen - weder systematische Untersuchungen über die Verteilung von Ereignissen vor Krankheitsausbruch noch Untersuchungen über längerfristige Zusammenhänge zwischen Ereignissen und Krankheitsverlauf.
Hauptziel der Untersuchung mußte deshalb zunächst die Klärung der Frage sein, ob sich überhaupt Zusammenhänge zwischen positiven und negativen Lebensereignissen und den hier untersuchten Diagnosegruppen finden lassen, und an zweiter Stelle die Frage nach zusätzlichen Ereignischarakteristika, die für die gefundenen Zusammenhänge verantwortlich sind. Hierbei sollen besonders die Vorteile einer Langzeitkatamnese genutzt werden, die es

ermöglichen, die noch wenig untersuchten Auswirkungen von chronischen Spannungen und Schwierigkeiten in verschiedenen Lebensbereichen und Langzeitwirkungen von Lebensereignissen zu untersuchen.

5.3 Stichprobe und Erhebungszeitraum

5.3.1 Beschreibung der Stichprobe

Auswahl und Zusammensetzung der Stichprobe wurde durch die Gesamtuntersuchung vorgegeben. Die Stichprobenauswahl wurde durch Kriterien bestimmt, die den Fragestellungen der Katamnese genügen mußten.
In die Gesamtuntersuchung einbezogen wurden 60 Patienten mit Anorexia nervosa (ICD - WHO: 306.5) und 99 Patienten mit Zwangsneurosen (ICD - WHO: 300.3), die zwischen 1970 und 1976 stationär am Max-Planck-Institut behandelt wurden.
Weitere Bedingungen waren ein Mindestaufenthalt von 8 Tagen und gesicherte Diagnosestellung (hoher Sicherheitsgrad der Diagnose, die am MPI nach Diskussion eines Expertenteams erfolgt).

Eine familiäre Belastung mit endogenen Psychosen, organischen Psychosen und Suiziden konnte für alle Patienten ausgeschlossen werden.
Von 60 angeschriebenen Patienten mit der Diagnose Anorexia nervosa waren zum Zeitpunkt der Katamnese sechs verstorben (3 im Zusammenhang mit der Anorexia nervosa, drei ungeklärte Fälle). Drei Patienten waren unauffindbar, zwei Patienten verweigerten die Untersuchung, indem sie auch auf das dritte Anschreiben nicht reagierten; mit acht Patienten konnte nur telefonischer oder brieflicher Kontakt aufgenommen werden, so daß weder ein Katamnese-

Tabelle 2: Stichprobe

	Ausgangs-stichprobe							Stichpr. der Katamnese-Gesamtunters.		Stichpr. der Life-Event-Untersuchung
	Auswahl nach definierten Kriterien	verstorben	unauffindbar	verweigert	nur tel. Auskünfte	Katamnese-Interview nach Abschluß der statist. Auswertung	zum Zeitpunkt der Katamnese in stat. Behandl. nicht im MPI	Teilnahme am Katamnese-Interview	Life-Event-Interview verweigert	Teilnahme am Life-Event-Interview
Anorexia nervosa	60	6	3	2	8	-	-	41	3	38
Zwangsneurose	99	6	3	8	7	3	6	66	1	65
Insgesamt	159							107		103

Tabelle 3: Durchschnittliches Alter zum Zeitpunkt der Katamnese und zum Zeitpunkt des stationären Aufenthaltes

	Anorexia nervosa	Zwangsneurose
Zum Zeitpunkt des stationären Aufenthaltes	M = 19 SD = 5	M = 31 SD = 9
Zum Zeitpunkt der Katamnese	M = 23 SD = 5	M = 36 SD = 10

Tabelle 4: Geschlechtsverteilung

	Anorexia nervosa	Zwangsneurose	alle Patienten
weiblich	36	31	67
männlich	2	34	36
	38	65	103

Interview noch ein Life-Event-Interview durchgeführt werden konnte.
41 Patienten mit Anorexia nervosa nahmen am Katamnese-Interview teil. Von 38 der 41 Patienten mit der Diagnose Anorexia nervosa liegt ein Life-Event-Interview vor. (Tabelle 2)
Von den 99 Patienten mit der Diagnose Zwangsneurose, die angeschrieben wurden, waren zum Zeitpunkt der Katamnese sechs verstorben (4 Selbstmorde, 2mal Todesursache unbekannt), drei Patienten waren unauffindbar, acht Patienten reagierten nicht auf das Anschreiben oder verweigerten die Untersuchung. Bei sieben Patienten waren nur telefonische Auskünfte möglich und drei Patienten konnten nicht in die Untersuchung einbezogen werden, da sie zum Zeitpunkt der Katamnese außerhalb Münchens in stationärer Behandlung waren.
66 Patienten mit Zwangsneurosen nahmen am Katamnese-Interview teil.
Von 65 Patienten mit der Diagnose Zwangsneurose liegt ein Life-Event-Interview vor.

Die endgültige Stichprobe weist folgende Charakteristika auf:
Von den 38 Patienten mit Anorexia nervosa sind 36 weiblich, 2 Personen männlich. Von den 65 Patienten mit Zwangsneurosen sind 31 Personen weiblich und 34 Personen männlich. (Tabelle 3 und 4)

Das durchschnittliche Alter betrug für Patienten mit der Diagnose Anorexia nervosa zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme 19 Jahre und zum Zeitpunkt der Katamnese 23. Das durchschnittliche Alter der Patienten mit Zwangsneurosen betrug zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme 31 Jahre und zum Zeitpunkt der Katamnese 36.
Bei den vier Patienten, die das Life-Interview verweigerten, handelte es sich um drei Patientinnen mit Anorexia

nervosa; zwei davon waren zum Zeitpunkt der Aufnahme Schülerinnen und eine Patientin war von Beruf Bankkaufmann. Von den Patienten mit der Diagnose Zwangsneurose verweigerte ein Patient; er war von Beruf selbständiger Kaufmann. (S. Tab. 2, 5 u. 6)
Die folgende Information (siehe Tabellen 5 und 6) zur Kennzeichnung der Stichprobe bezieht sich auf die Gesamtstichprobe der Katamnese. 77 % der Patienten entstammen der Mittelschicht (siehe Tabellen 5 und 6). Altersentsprechend sind die Patienten mit Anorexia nervosa zum Zeitpunkt der Aufnahme nicht verheiratet. (Im Verlauf der Katamnese haben jedoch acht Patienten geheiratet (20 %)).
Bei der Aufnahme ist knapp die Hälfte der Zwangsneurotiker verheiratet. (Die Anzahl der verheirateten Patienten nimmt jedoch bis zur Katamnese nicht zu, sondern um fünf Personen ab. Es treten insgesamt vier Scheidungen und zwei Trennungen mehr zum Zeitpunkt der Katamnese auf als zum Zeitpunkt der Aufnahme.)

Bei Patienten, die in das Max-Planck-Institut für Psychiatrie aufgenommen werden, handelt es sich meist um Fälle mit schweren und bereits längerdauernden Erkrankungen, was sich in der Zeitdauer der Erkrankung vor Aufnahme widerspiegelt. Die durchschnittliche Krankheitsdauer vor Aufnahme in das Max-Planck-Institut betrug für Patienten mit Zwangsneurosen 12,5 Jahre. 59 % der Patienten waren bereits vorbehandelt. Bei den Patienten mit Anorexia nervosa betrug die durchschnittliche Krankheitsdauer vor Aufnahme drei Jahre. 26 von 41 Patienten waren vorbehandelt.

Die durchschnittliche Behandlungszeit im Max-Planck-Institut für Psychiatrie betrug für alle Patienten zweieinhalb Monate.

Tabelle 5: Sozialdaten: ANOREXIA NERVOSA

Soziale Schicht des Vaters	erhoben bei Aufnahme ins MPI
obere Unterschicht	4
untere Mittelschicht	22
obere Mittelschicht	11
Oberschicht	1
Künstler	1
unbekannt	2

Beruf	Aufnahme	Katamnese
Arbeiter	-	3
Angestellte(r) od. Beamte(r)	9	13
selbständig, freiberuflich	-	1
noch in Ausbildung	30	17
mindestens 3 Monate erwerbslos	1	-
Hausfrau ohne Nebenbeschäft.	-	2
Hausfrau mit Nebenbeschäftigung	1	5

Familienstand	Aufnahme	Katamnese
ledig	40	32
verh.	-	8
verwitw.	1	1

Tabelle 6: Sozialdaten: ZWANGSNEUROSE

Soziale Schicht des Vaters	erhoben bei Aufnahme ins MPI
untere Unterschicht	2
obere Unterschicht	13
untere Mittelschicht	33
obere Mittelschicht	10
Oberschicht	1
unbekannt	7

Beruf	Aufnahme	Katamnese
Arbeiter	5	5
Angestellte(r) od. Beamte(r)	22	27
selbständig, freiberuflich	2	4
Soldat	1	-
noch in Ausbildung	8	7
Rentner, Pensionär	3	7
mind. 3 Monate erwerbslos	8	4
Hausfrau ohne Nebenbeschäft.	15	10
Hausfrau mit Nebenbeschäftigung	2	2

Familienstand	Aufnahme	Katamnese
ledig	31	30
verh.	31	26
gesch.	2	6
getrennt	1	3
verwitwet	1	1

Die Art der Therapie war bei den Patienten mit Anorexia nervosa zu 98 % Verhaltenstherapie. Bei 44 % der Patienten wurden zusätzlich noch fachspezifische Medikamente verordnet. Bei 61 % fand die Therapie als Einzeltherapie statt, bei 15 % in Kombination von Einzel- und Gruppentherapie. Bei einem Patienten wurde Hypnose/autogenes Training angewandt.

Bei den Patienten mit Zwangsneurose bestand die therapeutische Intervention zu 80 % in Verhaltenstherapie und zu 18 % in psychoanalytischer Behandlung. 2 % wurden mit Hypnose/autogenem Training behandelt. 21 % erhielten Gruppentherapie und 50 % Einzeltherapien, 3 % Einzel-, Partner- oder Familientherapie und 26 % Einzeltherapie und Gruppentherapie. 27 % der Patienten erhielten Psychopharmaka und 8 % sonstige spezifische medikamentöse Therapien bei Indikationen des psychiatrischen Fachgebietes. 2 % erhielten Kombinationen davon und 64 % erhielten keine medikamentöse Therapie.

Die Beschreibung der Symptomatik der Patienten mit der Diagnose Zwangsneurose in den Krankengeschichten zeigt, daß bei 59 Patienten die Zwangssymptomatik sowohl aus Zwangshandlungen als auch aus Zwangsgedanken bestand. Lediglich bei einem Patienten war die Zwangssymptomatik ausschließlich durch Zwangsgedanken charakterisiert. Bei 6 Patienten lag eine Monosymptomatik vor. Kontrollzwänge, Zwangsgrübeln und Zwangsgedanken machten knapp 50 % der Zwangssymptomatik aus, gefolgt in der Häufigkeit des Auftretens von Wasch-, Reinigungs-, Putz-und Ordnungszwängen. Zwanghaftes Denken nach einer Handlung, Blickkontrollen, tickähnliche Zwangshandlungen, zwanghaftes Ausschütteln und Ausbürsten traten gelegentlich auf. Sonstige seltene Nennungen betrafen zwanghaftes Nägelfeilen, Dokumentierzwang, Riechzwang, zwanghaftes Vernichten und Zerreißen. Bei 50 von 66 Patienten mit Zwangsneurose

wurde aufgrund der Krankengeschichtsinformation die Symptomatik zum Zeitpunkt der Aufnahme als "sehr stark" eingestuft.

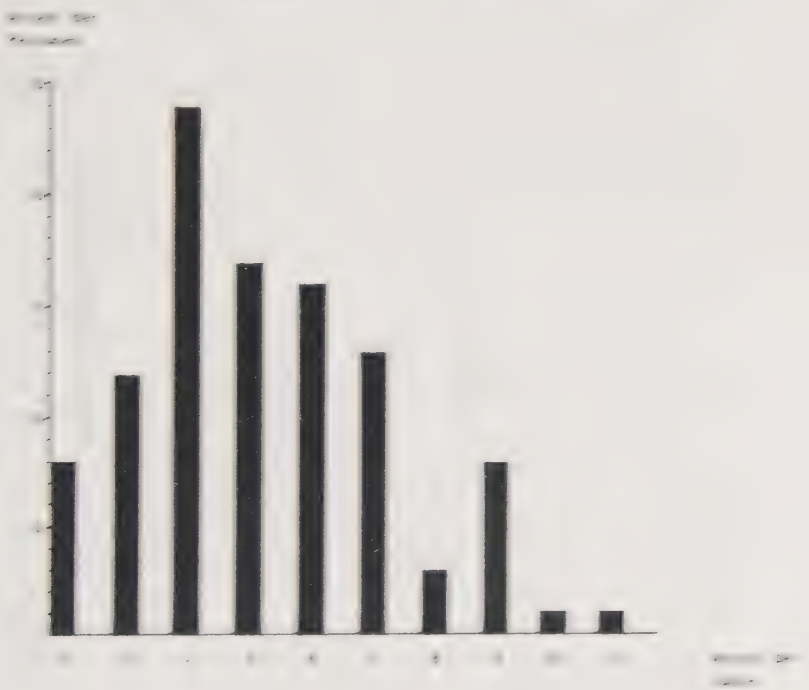
Die Symptomatik der Patienten mit der Diagnose Anorexia nervosa wurde für den Zeitpunkt der Aufnahme in stationäre Behandlung ins Max-Planck-Institut bei 37 von 41 Patienten als "sehr stark" und "stark" eingestuft.
51 % der Patienten waren zum Zeitpunkt der Aufnahme deutlich untergewichtig (71-90 % des Idealgewichtes) und 59 % der Patienten waren stark untergewichtig (51-70 % des Idealgewichtes). 69 % der Patienten litten unter einer sekundären Amenorrhoe von mindestens sechsmonatiger Dauer.

5.3.2 Der Erhebungszeitraum

In die Untersuchung einbezogen wurden Patienten, die zwischen 1970 und 1976 mindestens 8 Tage stationär behandelt worden waren.
Die Katamnese-Erhebung wurde in dem Zeitraum von 1977 bis 1980 durchgeführt.

Die Häufigkeitsverteilung der Katamneselängen ist in Abb. 1 dargestellt.

Die minimale Katamneselänge beträgt 1 Jahr und 3 Monate, die maximale Katamneselänge 10 Jahre und 6 Monate.
85 % der Patienten haben eine Katamneselänge zwischen 3 und 7 Jahren. Die durchschnittliche Katamneselänge beträgt 4 Jahre und 7 Monate.



5.4 Erhebung der Daten

Nach Abschluß der Erhebung, die der Klärung der Fragestellungen der Gesamtuntersuchung galt (vgl. 5.1.2), wurde eine Pause eingelegt, an die sich die Erhebung der Lebensereignisse anschloß, die durchschnittlich 2 Stunden dauerte und bei allen 103 Patienten von der Autorin durchgeführt wurde. Die Untersuchung des Zusammenhanges zwischen Lebensereignissen und dem Krankheitsverlauf ehemals stationär behandelter Patienten erforderte ein zweistufiges Vorgehen, nämlich die getrennte Erhebung von Symptomatik und Ereignissen.

5.4.1 Erhebung des Symptomverlaufes

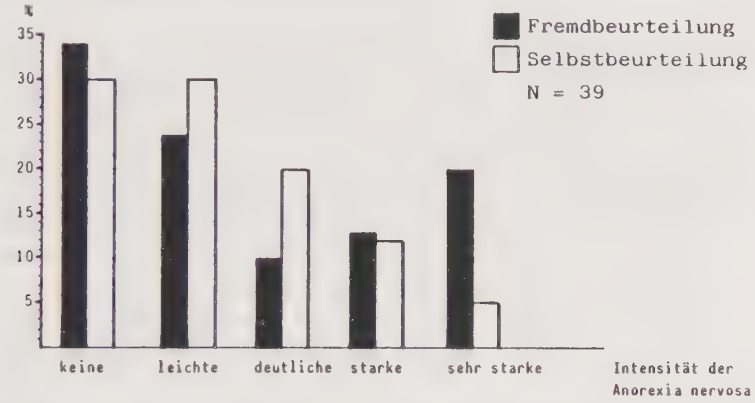
Der erste Schritt bestand in der Erhebung des Symptomverlaufes von Entlassung bis Katamnese auf einer Rating-Skala von 0 bis 6 (siehe Anhang A). Die subjektive Einstufung der Symptomatik des Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung und zum Zeitpunkt der Katamnese dienten als Ankerreize für die Rekonstruktion des Gesamtverlaufes unter besonderer Berücksichtigung der Zeiten, in denen eine Symptomveränderung auftrat. Symptomveränderungen wurden möglichst auf Monatsebene datiert.

Der Erhebung des Symptomverlaufes ging ein 1 1/2stündiges Interview zur Erfassung der Querschnittssymptomatik voraus (vgl. Kap. 5.1.2.3), so daß die Patienten gut informiert waren, worauf sich die Erhebung der Symptomkurve bezog.

Eine Überprüfung der Übereinstimmung der Fremdbeurteilung der Symptomatik durch Frau Wüschner-Stockheim (1982) mit der Selbstbeurteilung der Symptomatik des Patienten zum

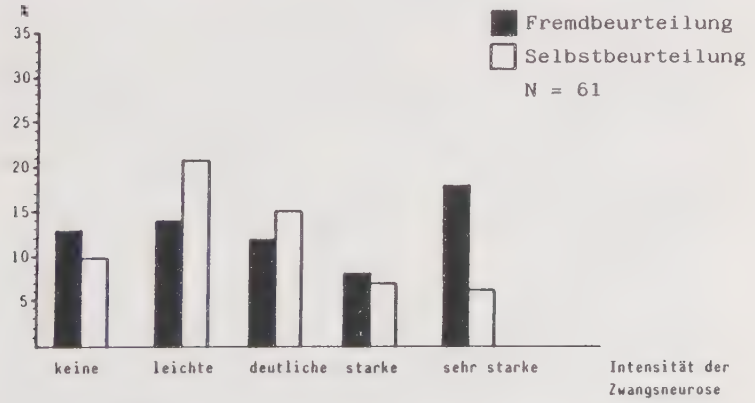
Vergleich zwischen Fremd- und Selbstbeurteilung der Symptomatik zum Zeitpunkt der Katamnese (Wüschner-Stockheim 1982)

Abbildung 2: Anorexia nervosa



Übereinstimmung der Fremd- und Selbstbeurteilung der Symptomatik: $r = 0.88$ $p = < 0,001$

Abbildung 3: Zwangsneurose



Übereinstimmung der Fremd- und Selbstbeurteilung der Symptomatik: $r = 0.715$ $p = < 0,01$

Zeitpunkt der Katamnese ergab eine Übereinstimmung von r=0,9 für die Patienten mit Anorexia nervosa und r=0,7 für die Patienten mit Zwangsneurose (siehe Abb. 2 und 3). Es kann davon ausgegangen werden, daß die Patienten ihre Symptomatik relativ zuverlässig angegeben haben.

5.4.2 Erhebung der Lebensereignisse (ausführl. Beschreibung siehe Manual Anhang A)

Nach der Rekonstruktion des Symptomverlaufes wurden die Patienten darauf hingewiesen, daß nun die Erhebung der Symptomatik abgeschlossen sei, wir darüber hinaus jedoch sehr am Schicksal der Patienten seit Entlassung interessiert seien und deshalb wissen möchten, welche Ereignisse, welche Lebensveränderungen sie seitdem erlebt haben und unter welchen chronischen Belastungen sie zu leiden haben.
Nach dieser Anmerkung erfolgte der zweite Schritt der Erhebungsphase, nämlich die retrospektive Erfassung der Lebensereignisse im Interview. Das Interview folgte streng der Systematik eines 140 Items umfassenden Leitfadens aus 10 verschiedenen Lebensbereichen. Der Interviewleitfaden beinhaltet neben objektiven/aktuellen Ereignissen Items, die Spannungen und Schwierigkeiten beschreiben oder chronische Belastungen kennzeichnen. Für jedes aufgetretene Ereignis wurde das Datum und die subjektiv erlebte Qualität (positiv/negativ/neutral) des Ereignisses und die Zeitdauer der subjektiv erlebten Wirkung eines Ereignisses festgehalten. Die subjektive Einstufung des Ausprägungsgrades der Ereignisse hinsichtlich der Positiv-Negativ-Dimension auf einer Rating-Skala von 0 bis 6 wurde für zwei verschiedene Zeiteinheiten erfaßt. Die erste Gewichtung bezog sich darauf, wie das Ereignis zum Zeitpunkt des Auftretens bis zu einer Zeitspanne von einem Monat erlebt und bewertet wurde. Die

zweite Gewichtung bildete die subjektive Schätzung der durchschnittlichen Ausprägung aller Ereignisse, deren Wirkung länger als einen Monat dauerte. Neben dieser subjektiven Gewichtung wurde die sogenannte objektive Gewichtung durch die Untersucherin als mögliches Korrektiv festgehalten.

Viel Sorgfalt wurde auf die Kodierung der Symptomabhängigkeit eines Ereignisses verwandt, um Ereignisse, die durch die Symptomatik ausgelöst wurden, von den Ereignissen trennen zu können, die von der Symptomatik unabhängig sind. Ein entsprechendes Rating wurde für die mögliche Verzerrung der Gewichtung durch die Symptomatik vorgenommen. (Kodierungsblatt Anhang A)

5.5 Aufbereitung der Daten

5.5.1 Methodische Überlegungen

Um Aussagen über Zusammenhänge zwischen Ereignishäufigkeit und dem Krankheitsverlauf im Katamnesezeitraum machen zu können, ist es notwendig, einerseits die Krankheitsverläufe der Patienten durch wenige Variablen möglichst umfassend zu beschreiben und andererseits für jeden einzelnen Patienten in einer Anzahl von Variablen die Information über Lebensveränderungen im Katamnesezeitraum zu komprimieren.
Nach der Formulierung der Informationen auf Meßskalen stehen die üblichen statistischen Verfahren zur Verfügung.
Wir entschieden uns dafür, die Krankheitsverläufe im Katamnesezeitraum einerseits nach der generellen Tendenz der Symptomveränderung zu untergliedern (verbesserter, gleichbleibender, verschlechterter Symptomverlauf) und andererseits nach der durchschnittlichen Intensität der

Symptomatik (durchschnittlich niedriges, mittleres, hohes Symptomniveau).

Zusätzlich zu den beiden Hauptkriterien für die Einteilung der Symptomverläufe wurde aufgrund theoretischer Vorüberlegungen ein weiteres Charakteristikum der Verlaufskurve definiert, das man als Schwankungsbereich oder -ausmaß der Symptomkurven bezeichnen könnte (vgl. Beschreibung Kap. 5.5.2). Eine weitere Gruppierung sollte sich an typischen Merkmalen der vorgefundenen Verläufe orientieren.
Die vorliegenden Daten über Lebensereignisse können für jeden Patienten zu folgenden Parametern zusammengefaßt werden:
Anzahl der Ereignisse insgesamt, Anzahl positiver Ereignisse, Anzahl negativer Ereignisse, Differenz zwischen positiven und negativen Ereignissen, Dauer positiver Ereignisse, Dauer negativer Ereignisse.

Die Einteilung der Stichprobe nach verschiedenen Symptomverlaufsvariablen in wenige Untergruppen und die Darstellung der Ereignisparameter auf einer kontinuierlichen Meßskala legt die Verwendung von varianzanalytischen Designs nahe.
Die Symptomverlaufsgruppen können als sogenannte unabhängige Variable (Faktoren) gelten, während die "Ereignis"-Variablen als abhängige Variable angesehen werden können, für die dann Mittelwertunterschiede zwischen den Gruppen getestet werden können.
Bei "Ereignis"-Variablen, die nur auf Nominal- oder Ordinalskalenniveau interpretiert werden können (z.B. Ereignisschwerpunkt: Personen, die mehr positive als negative, mehr negative als positive und gleichviel positive wie negative Ereignisse erlebt haben), bieten sich Kreuztabellen und Chi-Quadrat-Tests zur Klärung eventueller Zusammenhänge an.

5.5.2 Patientenklassen: Einteilung der Symptomverläufe nach verschiedenen Faktoren

Von den verschiedenen Kriterien, die zur Kennzeichnung von Symptomverläufen herangezogen werden können, sind die Richtung der Symptomveränderung und das durchschnittliche Symptomniveau für einen ersten Überblick sicherlich die aufschlußreichsten.

Das Kriterium für die erste Gruppenbildung (Faktor I) ist der errechnete Trend, der die Richtung der Symptomveränderung im Verlauf kennzeichnet. Danach lassen sich folgende Gruppen bilden:

verbesserte Symptomatik,
gleichbleibende Symptomatik,
verschlechterte Symptomatik.

Der lineare Trend ist eine Gerade, die so durch die Symptomkurve gelegt ist, daß die Abweichungen der Kurvenwerte von der Linie minimal werden. Die von uns errechneten Trendkoeffizienten geben die durchschnittliche lineare Veränderung pro Jahr in Wertpunkten der Symptomintensität (0-6) an. Ein Trend von -0,15 bis +0,15 kennzeichnet gleichbleibende Symptomatik. Ein Trend kleiner - 0,15 kennzeichnet Patienten mit Symptomverbesserung und ein Trend größer 0,15 kennzeichnet Patienten mit Symptomverschlechterung.

Das Ordnungsprinzip für die zweite Gruppenbildung (Faktor II) ist das durchschnittliche Symptomniveau. Die Extremwerte der Symptomatik können sich zwischen dem Skalenwert 0 (= keine Symptomatik) und Skalenwert 6 (= extrem starke Symptomatik) bewegen. Bei der Einteilung in folgende drei Untergruppen:

niedriges durchschnittliches Symptomniveau,
mittleres durchschnittliches Symptomniveau,
hohes durchschnittliches Symptomniveau

kennzeichnet ein Mittelwert unter 2 (0-2) keine bis geringe Ausprägung der Symptomatik im Verlauf; ein Mittelwert zwischen 2 und 3,5 kennzeichnet bereits eine deutliche Symptomatik während Patienten mit einem durchschnittlichen Symptomwert von über 3,5 zur Gruppe der Patienten mit überwiegend sehr starker Symptomatik gehören.

Die relativ grobe Klassifizierung der Symptomverläufe der Patienten nach der Verlaufsrichtung und dem durchschnittlichen Symptomniveau hat den Vorteil, alle Patienten einbeziehen zu können, ohne daß durch eine zu große differentielle Darstellung der Symptomverläufe statistische Aussagen verhindert werden. Da jedoch Gruppenscores häufig gravierende interindividuelle Unterschiede verschleiern (vgl. S. 10; Katschnig 1980), soll in weiteren Auswertungsschritten geprüft werden, ob unter Berücksichtigung einer inhaltlich differenzierteren Einteilung der Stichprobe die zunächst gefundenen Ergebnisse stabil bleiben. Deshalb werden zwei weitere Gruppierungen nach Durchsicht der vorliegenden Symptomverlaufskurven sortiert.

Der dritte Faktor für die Symptomverlaufskurven wurde von Dr. Hansert vorgeschlagen, einem vom Projekt unabhängigen Wissenschaftler des Max-Planck-Instituts. Es wurden für die Gruppenbildung Niveaubereiche definiert, innerhalb derer sich die Extremwerte der Symptomkurve bewegen dürfen. Es entstanden sechs Untergruppen nach folgenden Kriterien:

1. Alle Werte ≤ 2
2. Sowohl Werte ≤ 2 als auch Werte bis 3
3. Sowohl Werte ≤ 2 als auch Werte bis 4
4. Sowohl Werte ≤ 2 als auch Werte > 4
5. Alle Werte mindestens 3 und kein Wert > 4
6. Alle Werte mindestens 3 und mindestens ein Wert > 4

87 von 103 Patienten konnten nach diesem Ordnungsprinzip den sechs Untergruppen zugeordnet werden.
In diesem Ordnungsprinzip wird ein neuer Gesichtspunkt berücksichtigt, der bei den ersten Gruppenbildungen fehlte, nämlich das Ausmaß der Veränderungen der Symptomkurve (Symptomschwankung).
Nicht berücksichtigt ist die Verlaufsrichtung, das durchschnittliche Symptomniveau und die Häufigkeit der Schwankungen im Vergleich zu eher gleichförmigen Symptomverläufen.

Die vierte Gruppierung (Faktor IV) entstand nach visuellen Kriterien der Ähnlichkeit der Symptomverlaufskurven. Dazu wurden die Kurven auf Transparentpapier gezeichnet, übereinandergelegt und nach Ähnlichkeit des Verlaufes zu 7 Untergruppen sortiert. 93 der 103 Patienten konnten diesen Untergruppen zugeordnet werden. Relativ einfach einzuordnen waren Symptomkurven mit kontinuierlichen Verläufen. Etwas unbefriedigend blieb die Zuordnung der Symptomverlaufskurven mit mehrfachem Wechsel der Symptomintensität im Verlauf (schwankender Verlauf).
Die sieben Gruppen können wie folgt beschrieben werden:

1. Gruppe: <u>Deutliche Verbesserung</u>
Dazu gehören alle Patienten, deren Symptomkurven mit deutlicher bis starker Symptomatik zum Zeitpunkt der Entlassung beginnen, die sich jedoch im Verlauf der Katamnese, wenn auch häufig mit Schwankungen in den ersten

Jahren nach Entlassung, um 3 bis 6 Wertpunkte verbessern. Symptomverbesserungen um 2 Wertpunkte wurden mit einbezogen, wenn der Ausgangswert durch starke Symptomatik (4) gekennzeichnet war und im Verlauf eine Verbesserung bis in den Bereich leichter Symptomatik erfolgte, da die Verbesserung in diesem Bereich als ein größerer qualitativer Sprung angesehen wird als eine Verbesserung von sehr starker zu deutlicher Symptomatik.

2. Gruppe: Verbesserung im niedrigen Bereich (2 - 0)
Die Symptomkurven dieser Gruppe bieten ein besonders einheitliches Bild. Bei einem Ausgangsniveau von 2 (leichte Symptomatik) zum Zeitpunkt der Entlassung verbessert sich die Symptomatik im Verlau von 3 Jahren teilweise mit leichten Schwankungen bis zur anhaltenden Symptomfreiheit.

3. Gruppe: Gleichbleibender Verlauf im niedrigen Bereich
Diese ist ebenfalls eine sehr homogene Gruppe. Die Symptomkurven bewegen sich auf gleichem Niveau im Bereich zwischen leichter Symptomatik oder Symptomfreiheit ohne nennenswerte Richtungsänderungen.

4. Gruppe: Verlauf ohne große Schwankungen mittlerer und hoher Symptomstärken
Die gleichbleibenden Symptomverlaufskurven mit sehr starker oder extrem starker Symptomatik werden wegen ihrer geringen Anzahl zu den gleichbleibenden Verläufen mit starker oder deutlicher Symptomatik zu einer Gruppe zusammengefaßt. Dies scheint gerechtfertigt, da man von der Einstufung 3 (deutliche Symptomatik) ab von einer ernsthaften Erkrankung sprechen kann.

5. Gruppe: Schwankender Symptomverlauf im niedrigen Symptombereich

Häufiger Wechsel zwischen Besserungen und Verschlechterungen führen dazu, daß die Symptomverlaufsgruppen mit Schwankungen zu den heterogensten Untergruppen gehören. Von visueller Ähnlichkeit kann eigentlich nicht mehr gesprochen werden. Die Kurven haben nur gemeinsam, daß man den Eindruck gewinnt, die Symptomatik habe sich von Entlassung bis Katamnese trotz dieser Schwankungen nicht wesentlich verändert.

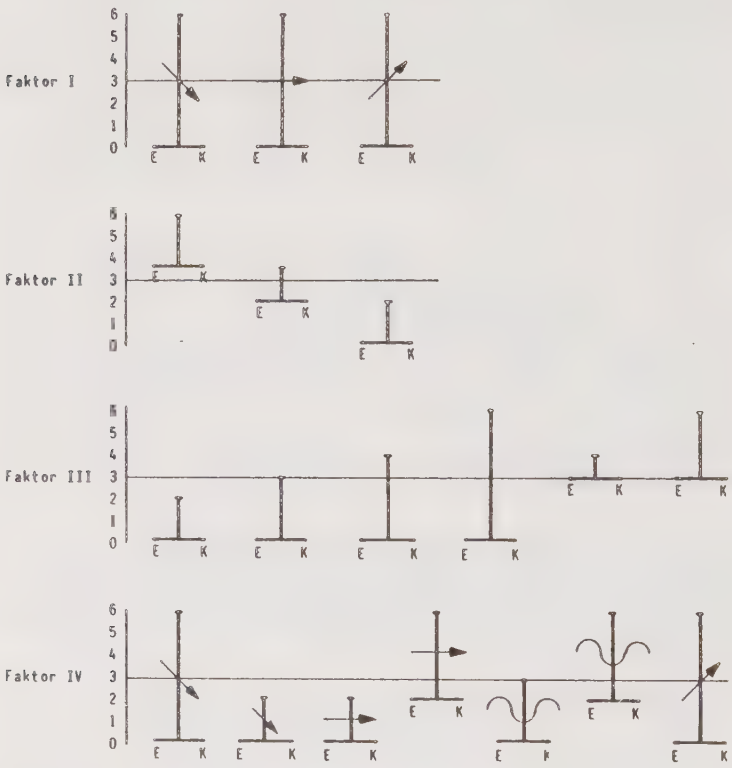
6. Gruppe: Schwankender Symptomverlauf im mittleren und hohen Symptombereich

Diese Gruppe unterscheidet sich von der 5. Untergruppe nur dadurch, daß der Schwankungsbereich der Symptomkurven im mittleren bis hohen Symptombereich liegt, während der Schwankungsbereich der 5. Untergruppe im niedrigen bis mittleren Symptombereich sich befindet.

7. Gruppe: Deutliche Symptomverschlechterung

Deutliche, stetige Verschlechterung der Symptomatik mit Schwankungen meist bei einem Ausgangsniveau von leichter oder mäßiger Symptomatik.

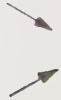
Abb 4: Die vier verschiedenen Sortierungen der Symptomverläufe im Schema



Faktoren I bis IV: Vier verschiedene Sortierungen der Symptomatik nach ihrem Verlauf von Entlassung bis Katamnese unter Berücksichtigung von Kriterien wie Symptomstärke, Verlaufsrichtung oder Schwankungsbereich

Ausprägungsgrad der Symptomatik von
0 = keine Symptomatik bis
6 = extrem starke Symptomatik

Verschiedene Untergruppen pro Faktor
Bereich der Symptomschwere in dem sich die Symptomkurve der entsprechenden Untergruppe von Entlassung (E) bis Katamnese (K) bewegt



Symptomverbesserung

Symptomverschlechterung

gleichbleibende Symptomatik

stark schwankende Symptomatik

5.5.3 Ereignisklassen: Beschreibung der Ereignisparameter

Die Fragestellung nach der Art des Zusammenhanges zwischen Lebensereignissen und dem Krankheitsverlauf erfordert nicht nur eine Differenzierung der Symptomverläufe in verschiedene Untersuchungsgruppen sondern auch zusätzlich eine detailliertere Betrachtung der "Variable Ereignis".
Zunächst wurde versucht, die Ereignisse aufgrund einer Faktorenanalyse zu ordnen. Für diese Analyse wurde lediglich berücksichtigt, ob ein Ereignis in dem betrachteten Zeitraum aufgetreten ist oder nicht (1,0). Die Interkorrelation der Ereignisse erwies sich dabei als außerordentlich niedrig. Die Werte liegen zwischen r=-.3 und r=+.6 mit einem Modalwert bei r=±0. Insgesamt verteilen sich die Korrelationen sehr eng um r=0, d.h. die Ereignisse treten relativ unabhängig voneinander auf.
Wählt man als Abbruchkriterium einen Eigenwert ≥1.0 erhält man 31 Faktoren, die zusammen 90 % der Varianz erklären. Der Abfall der Eigenwerte über die Faktoren verläuft sehr flach, so daß andere Abbruchkriterien kaum zu rechtfertigen sind. Die ersten drei Faktoren erklären z.B. nur 21.8 % der Varianz. Auch nach Rotation der ersten 12 Faktoren ergibt sich keine interpretierbare Einfachstruktur. Man muß daher davon ausgehen, daß die Ereignisse relativ unabhängig voneinander variieren.
Zusätzlich wurde versucht, eventuell vorhandene "Typen" von Personen aufgrund der Lebensereignisse zu ermitteln. In den entsprechenden Faktorenanalysen wurden die Ausgangskorrelationen zwischen den Personen über die Ereignisse ermittelt. Aus technischen Gründen (Programmbeschränkungen) wurden diese Analysen für die Diagnosegruppen (Anorexia nervosa, Zwangsneurose) getrennt gerechnet. Die Ergebnisse entsprechen denen bei der Faktorenanalyse der Ereignisse. Die Korrelationen zwischen den Personen

verteilten sich sehr eng um r=±0, die Zahl der extrahierten Faktoren ist sehr groß und nicht im Sinne einer Einfachstruktur zu interpretieren.
Da eine rechnerische Zusammenfassung der Ereignisse nicht möglich erscheint, werden in der folgenden Untersuchung lediglich inhaltliche Beurteilungsgesichtspunkte von Ereignissen berücksichtigt (siehe Tab. 7).

1. Auswahl und Einteilung der Ereignisstichprobe a priori durch den Untersucher (vor Untersuchungsbeginn)
2. Einteilung der Ereignisse nach den Angaben des Befragten
3. Einteilung der Ereignisse nach Beurteilung des Untersuchers aufgrund des Interviews

1. Auswahl und Einteilung der Ereignisstichprobe durch den Untersucher vor Untersuchungsbeginn

Die wichtigste Vorentscheidung traf der Untersucher durch die Auswahl der Ereignisstichprobe aus der Menge aller möglichen Ereignisse. Da es zur Zeit noch keine Regeln als Entscheidungshilfe für die richtige Zuordnung spezifischer Ereignisse zu einer ausgewählten Personenstichprobe gibt, folgte die eigene Auswahl den vorhandenen Instrumenten und der klinischen Erfahrung.
Wegen fehlender theoretischer Konzepte über die sinnvolle Auswahl von Ereignissen bei Patienten mit Anorexia nervosa und Zwangsneurosen wurde Wert darauf gelegt, ein möglichst breites Ereignisspektrum anzubieten. Die Listen von Holmes/Rahe und Paykel und der Fragenkatalog von Brown sollten möglichst inhaltlich repräsentiert sein.
Die einbezogenen Items wurden vorweg in aktuelle/objektive Ereignisse, Spannungen und Schwierigkeiten bzw. Verbesserungen und Intensivierungen von Kontakten und chronische Belastungen eingeteilt.
In Anlehnung an Paykel erfolgte eine Apriori-Einteilung der Items in Verlust (exits) und Gewinnereignisse

(entrances) (siehe Liste Anhang A). Diese wurden noch einmal unterteilt in Ereignisse, die den Verlust einer Person beschreiben (z.B. durch Tod oder Trennung) und Verlustereignisse in anderen Bereichen (z.B. Verlust des Arbeitsplatzes oder Vermögen). Ebenso wurden die Gewinnereignisse unterteilt in "Gewinn-Person" (bedeutet die Erweiterung des Personenkontaktes durch Geburt oder neue Partnerbeziehung) und in Gewinnereignisse in anderen Lebensbereichen (z.B. finanzieller Gewinn).

2. Einteilung der Ereignisse nach Angaben des Befragten

Dazu gehören die subjektive Bewertung der Ereignisse hinsichtlich der positiv-negativ Dimension, des Schweregrades und der erlebten Dauer eines Ereignisses sowie die daraus ableitbaren Kombinationsmöglichkeiten wie die Differenz zwischen positiven und negativen Ereignissen oder der Ereignisschwerpunkt: mehr positive als negative Ereignisse, mehr negative als positive Ereignisse und gleich viel positive wie negative Ereignisse.

3. Einteilung der Ereignisse nach Beurteilung des Untersuchers aufgrund des Interviews

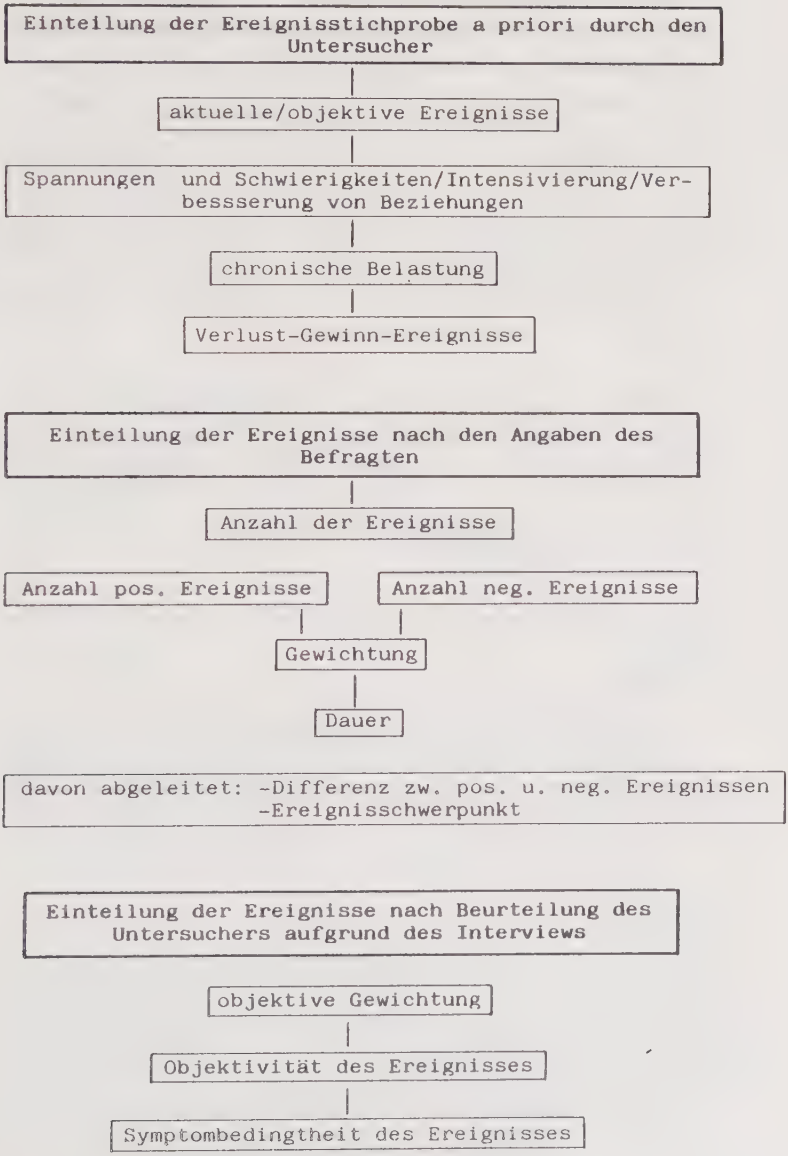
Die Bewertung der Ereignisse durch den Interviewer (objektive Gewichtung) ist primär als Korrektiv für die subjektive Bewertung des Befragten gedacht.
Ereignissen, deren subjektive Gewichtung durch die Symptomatik verzerrt wurde, sollen Gewichtungen des Interviewers zugeordnet werden.
Die Einschätzung der Objektivität dient dazu, "objektive" potentiell überprüfbare Ereignisse von "inneren" weniger gut überprüfbaren Ereignissen wie z.B. Spannungen und Schwierigkeiten zu trennen.
Mit der Einteilung der Ereignisse in symptombedingte und nichtsymptombedingte soll der Einfluß der Symptomatik auf das Auftreten der Ereignisse kontrolliert werden.

Aufgrund dieser Zusatzkodierungen lassen sich unterschiedliche Ereignisparameterstichproben bzw. Ereigniskonstellationen bilden, die in wechselnder Zusammensetzung verschiedene Aspekte berücksichtigen. In dieser Untersuchung können nicht alle möglichen Konstellationen ausgewertet werden, es erfolgt deshalb eine Beschränkung auf folgende Ereigniskonstellationen:

1. alle Ereignisse ohne weitere Selektion,
2. nur objektive Ereignisse ohne Spannungen und Schwierigkeiten oder Verbesserungen und Intensivierungen von Beziehungen und ohne chronische Belastungen, jedoch unter Einschluß der objektiven Ereignisse, die durch die Symptomatik bedingt sind,
3. nur objektive Ereignisse, nicht aber Spannungen und Schwierigkeiten oder Verbesserungen oder Intensivierungen von Beziehungen und chronische Belastungen sowie dem Ausschluß aller symptombedingten Ereignisse,
4. nur Ereignisse, die Spannungen und Schwierigkeiten oder Verbesserungen oder Intensivierungen von Beziehungen beschreiben, keine weiteren Selektionen,
5. nur chronische Belastungen, keine weiteren Ereignisse oder weiteren Selektionen.

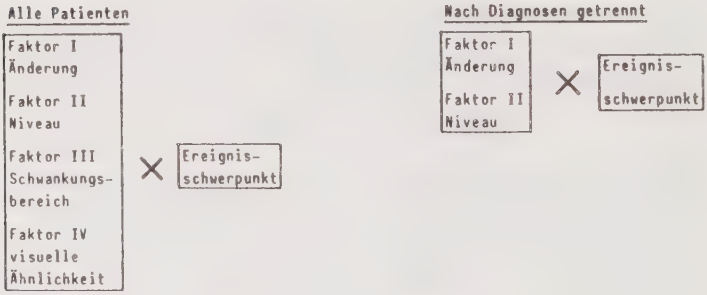
Diese Ereigniskombinationen sollen bei der Berechnung der Anzahl positiver und negativer Ereignisse berücksichtigt und vergleichend gegenübergestellt werden.

Tabelle 7: Liste der Ereignisvariablen

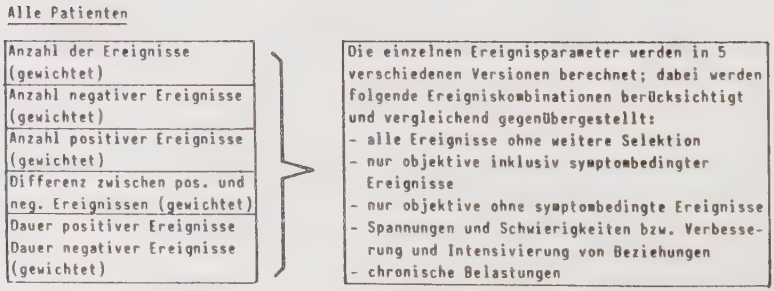


5.5.4 Übersicht der Auswertungsschritte

Es werden folgende Kreuztabellen (Chi-Quadrat Test) erstellt, wobei die Faktoren I bis IV verschiedene Sortierungen der Symptomverläufe kennzeichnen und der Ereignisschwerpunkt für folgende drei Personengruppen steht: Anzahl der Personen, die mehr positive als negative Ereignisse erlebt haben; Anzahl der Personen, die mehr negative als positive Ereignisse erlebt haben; Anzahl der Personen, die gleich viel positive wie negative Ereignisse erlebt haben.
Die Berechnung erfolgt über alle Ereignisse ohne weitere Selektion.



Die beiden Faktoren I und II (Änderung und Niveau der Symptomatik) bilden ein zweifaktorielles varianzanalytisches Design, mit dem folgende abhängige Variablen getestet werden:



5.6 Hypothesen

Die zugrunde liegende Annahme dieser Untersuchung lautet:
Es gibt Zusammenhänge zwischen positiven und negativen Ereignissen und den Krankheitsverläufen von Patienten mit Anorexia nervosa und Zwangsneurosen.
Der subjektiv erlebten Qualität der Ereignisse als Mediator zwischen äußerem Streßreiz und Krankheit wird dabei besondere Bedeutung zugesprochen.
Die pathogene Wirkung negativer Ereignisse, so die Annahme, wird durch das Vorhandensein positiver Bedingungen und Ereignisse gemildert, die wie protektive Faktoren wirken.

Daraus leitet sich folgende Hypothese ab:
Die Relation der Anzahl positiver Ereignisse zur Anzahl negativer Ereignisse steht in signifikanter Beziehung zu den Symptomverläufen der Patienten.
Diese Annahme soll sowohl für alle Patienten als auch nach Diagnosen getrennt geprüft werden.

Spezifiziert für den Faktor I und den Faktor II lautet die Hypothese:
Patienten mit durchschnittlich niedrigem Symptomniveau und Patienten mit Symptomverbesserung im Verlauf der Katamnese haben mehr positive als negative Ereignisse erlebt, während Patienten mit durchschnittlich mittlerer bis hoher Symptomatik und Patienten mit Symptomverschlechterung im Verlauf mehr negative als positive Ereignisse erlebt haben.

Eine Strategie des Vorgehens dieser Untersuchung ist es, durch zunehmend präziseres Eingehen auf die Individualität der Symptomverläufe einerseits und durch zunehmend spezifischere Analysen der Ereignischarakteristika andererseits der Komplexität des Datenmaterials gerecht zu

werden. Deshalb soll zur Prüfung und Spezifizierung der obengenannten Hypothese die Relation der Anzahl positiver Ereignisse zur Anzahl negativer Ereignisse noch für die Faktoren III und IV berechnet werden, die zwei weitere nach unterschiedlichen Kriterien vorgenommene Sortierungen der Symptomverläufe kennzeichnen.

Im Anschluß daran soll die Bedeutung einzelner Ereignisparameter (alle Ereignisse ohne Berücksichtigung der Qualität; negative Ereignisse getrennt; positive Ereignisse getrennt) in ihrer Beziehung zur Symptomatik (Faktor I und Faktor II) analysiert werden.

Gemäß dem homöostatischen Modell, das einige Ereignisforscher zur Erklärung ihrer Ergebnisse heranziehen und bei dem davon ausgegangen wird, daß Ereignisse unabhängig von der Qualität das gewohnte Gleichgewicht stören und somit zum Streßfaktor werden, müßte sich folgende Hypothese bewahrheiten:
Patienten mit Symptomverschlechterung und Patienten mit durchschnittlich hohem Symptomniveau haben eine größere Anzahl Ereignisse erlebt (unabhängig davon, ob sie positiv oder negativ sind) als Patienten mit Symptomverbesserung oder durchschnittlich niedrigem Symptomniveau.

In dieser Untersuchung wird dagegen die Annahme vertreten, daß nicht allein die zeitliche Häufung von verschiedenen Ereignissen krankheitsauslösend wirkt, sondern daß zusätzlich die Qualität der erlebten Ereignisse von entscheidender Bedeutung ist.
Es lassen sich folgende Hypothesen formulieren:
Die Anzahl negativer Ereignisse ist bei Patienten mit durchschnittlich hohem Symptomniveau oder bei Patienten mit Symptomverschlechterung im Verlauf höher als bei Patienten mit durchschnittlich niedrigem Symptomniveau oder Symptomverbesserung im Verlauf.

Die Anzahl positiver Ereignisse ist bei Patienten mit durchschnittlich niedrigem Symptomniveau oder Symptomverbesserung im Verlauf höher als bei Patienten mit durchschnittlich hohem Symptomniveau oder Symptomverschlechterung im Verlauf.

Zur Überprüfung dieser Annahmen ist es sinnvoll, "chronische Belastungen", "Spannungen und Schwierigkeiten" und "symptombedingte Ereignisse" von "objektiven Ereignissen" zu trennen, um den relativen Anteil dieser Ereignischarakteristika in Beziehung zur Symptomatik bestimmen zu können.

Die Einteilung der Ereignisse in die Dimensionen Verlust (exits) und Gewinn (entrances) wurde durch die Untersuchungen von Paykel angeregt, der unter anderem Zusammenhänge zwischen Verlustereignissen und Depressionen feststellen konnte. In dieser Untersuchung soll geprüft werden, ob sich entsprechende Zusammenhänge auch für Patienten mit Anorexia nervosa und Zwangsneurosen aufzeigen lassen.
Aufgrund der Literatur wird angenommen, daß sich Zusammenhänge zwischen Verlustereignissen und hoher Symptomatik/Symptomverschlechterung bei Patienten mit Anorexia nervosa zeigen, nicht jedoch bei Patienten mit Zwangsneurosen.

Zusatzfragen:

Von Interesse ist zusätzlich die Frage der Kausalität: Verursachen Ereignisse die Veränderung der Symptomatik oder ist es umgekehrt?
Für einzelne ausgewählte Fälle, die das Kriterium einer plötzlichen, starken Symptomveränderung bei gleichbleibendem Symptomverlauf vor und nach der Veränderung erfüllen, soll folgende Frage geklärt werden:

Ist die Anzahl negativer Ereignisse vor einer Symptomverschlechterung größer als in einem entsprechenden Zeitraum nach Symptomveränderung bzw. ist die Anzahl positiver Ereignisse vor einer abrupten Symtomverbesserung größer als in einem entsprechenden Zeitraum nach der Symptomveränderung?

Eine inhaltliche Beschreibung der Ereignisse, die besonders häufig aufgetreten sind, ist beabsichtigt, wobei die Diagnose, der Symptomverlaufstyp und das Geschlecht berücksichtigt werden sollen.

Als weitere Zusatzfrage wird die Bewertung von 12 Items aus verschiedenen Lebensbereichen bezüglich ihrer Stellung in der subjektiven Wertehierarchie erhoben.

6. Ergebnisse

6.1 Graphische Darstellung der im Interview erhobenen Informationen

6.1.1 Einzelfalldarstellung

Der Ergebnisdarstellung vorangestellt seien einige kurze Einzelfalldarstellungen, die dem Leser einen Eindruck vom Umfang und der Art der erhobenen Daten geben sollen. Der individuelle Symptomverlauf zwischen Entlassung aus stationärer Behandlung und Nachuntersuchung sowie die in diesem Zeitraum aufgetretenen lebensverändernden Ereignisse sind pro Patient in einer Graphik festgehalten. Die Darstellung der hier beschriebenen Patienten folgt den in dieser Graphik komprimierten Informationen (Siehe Abb. 5 bis 8). In der Mitte dieser Abbildungen ist jeweils die Symptomverlaufskurve eingezeichnet. Die Ordinate kennzeichnet die Symptomschwere von 0 = keine Symptomatik bis zu 6 = extrem starke Symptomatik. Die Abszisse stellt die Zeitachse von der Entlassung bis zur Katamnese dar. Oberhalb der Symptomkurve sind die negativen und unterhalb die positiven (inklusive neutral bewerteten) Ereignisse abgetragen. Die Länge der Ereignisstriche kennzeichnet die Dauer der Ereignisse und die Dicke der Striche den Schweregrad (die Zahlen neben den Strichen stehen für Kodierungen wie Fragebogennummer des Ereignisses, Auslösung des Ereignisses durch die Symptomatik, Gewichtung, Objektivität der Ereignisse; siehe ausführliche Beschreibung im Anhang C). Rechts neben der Symptomkurve sind unter anderem der Trend (TR) und der Mittelwert der Symptomkurve (M) abzulesen. Zusätzlich sind im unteren Teil der Graphik die stationären und ambulanten therapeutischen Maßnahmen festgehalten. Die Zahl vor dem Querstrich gibt die Art der Therapie an (siehe Liste Anhang C) und die Zahl nach dem Querstrich gibt den Behandlungsanlaß

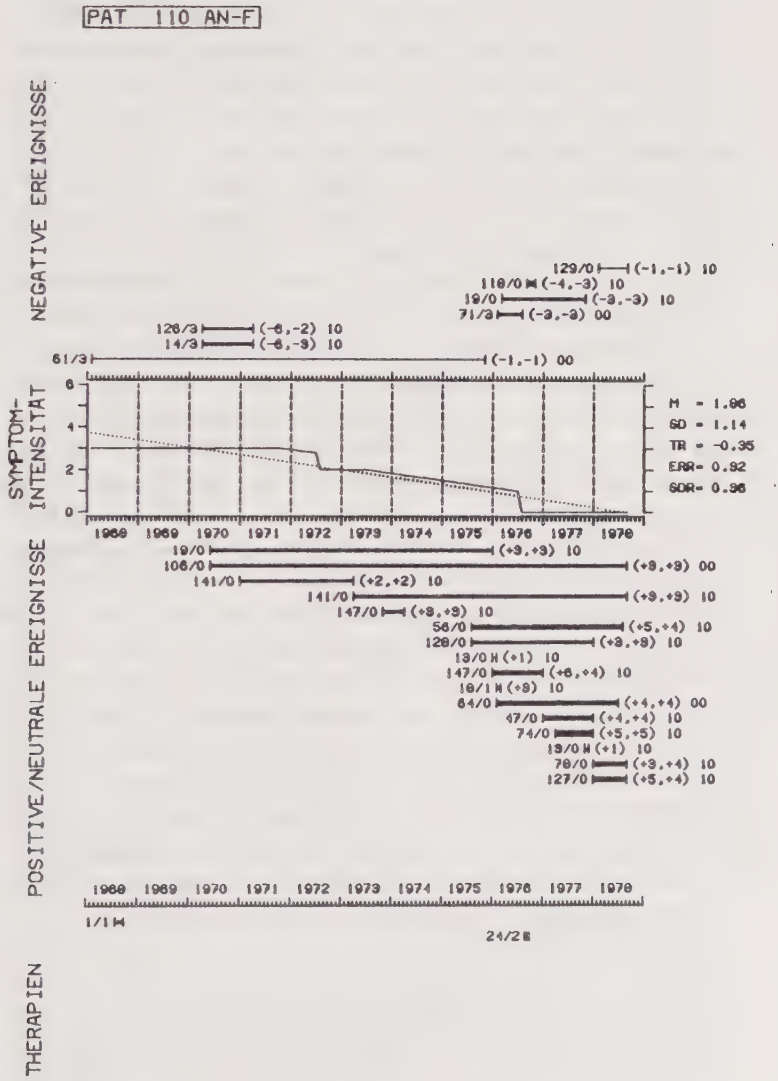
an, z.B. 1 = für dieselbe psychische Störung, 2 = für eine andere Erkrankung. Der relative Beitrag von Therapie und Ereignissen in Beziehung zum Symptomverlauf sind hier nicht untersucht worden.

Patient 110 AN-F

Die Abb. 5 zeigt den Symptomverlauf einer Patientin mit Anorexia nervosa, die zum Zeitpunkt ihrer Entlassung im Januar 1968 noch unter deutlich ausgeprägten Störungen litt (Symptomschwere = 3), die sich auch in den darauffolgenden vier Jahren nicht veränderten.

Die Patientin lebte seit der Entlassung bis Ende 1975 ohne Partnerbeziehung (neg. Ereignis Nr. 61), wodurch sie sich leicht belastet fühlte. Im Übrigen zeigten sich in den ersten zwei Jahren nach Entlassung keine ereignisreichen Veränderungen. Im März 1970 wurde ihr aufgrund ihrer Symptomatik der Arbeitsplatz gekündigt und noch im selben Monat zog sie von München zu ihren Eltern an die Nordsee. Beide Ereignisse wurden zum Zeitpunkt des Auftretens extrem negativ bewertet (Nr. 126 und Nr. 14). Dieser Ortswechsel hatte jedoch eine Reihe positiver Ereignisse zur Folge. Die Patientin fand bereits im Mai 1970 eine neue Arbeitsstelle (Nr. 19). Die Beziehung zu den Eltern (die früher stark belastet war) wurde als positiv verändert erfahren (Nr. 106). Die Patientin zeigte eine Zunahme an Freizeitaktivitäten (Nr. 143), die sich in den darauffolgenden Jahren noch verstärkten und sie lernte im Oktober 1973 ein Ehepaar kennen (Nr. 147), mit dem sie sich eng anfreundete und durch das sie ihren späteren Ehemann kennenlernte, zu dem sich im Juli 1975 eine Liebesbeziehung entwickelte (Nr. 56). In dieser Beziehung verlor sie ihre sexuellen Ängste und Schwierigkeiten (die in früheren Beziehungen immer bestanden hatten) (Nr. 64 ab Ende 75), außerdem verbesserte sich ihre finanzielle Situation erheblich durch ihren vermögenden Freund (Nr. 128, Juli 75), den sie im Dezember 1976 heiratete (Nr. 47),

Abbildung 5

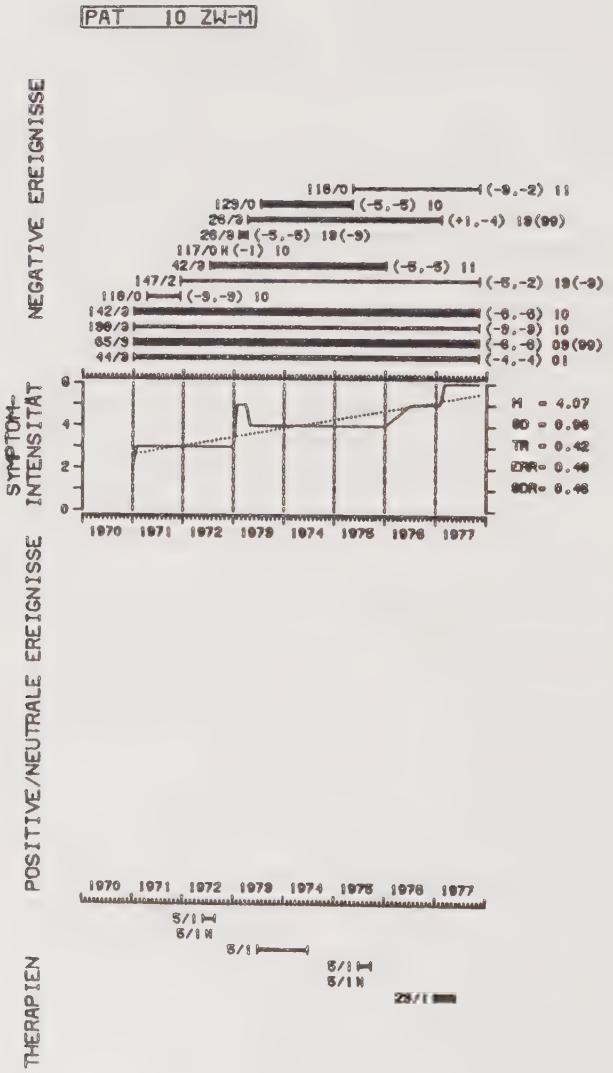

PAT 110 AN-F
NEGATIVE EREIGNISSE
SYMPTOM-INTENSITÄT
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
THERAPIEN
129/0 (-1,-1) 10
110/0 M (-4,-3) 10
19/0 (-3,-3) 10
71/3 (-3,-3) 00
126/3 (-6,-2) 10
14/3 (-6,-3) 10
61/3 (-1,-1) 00
M = 1.86
SD = 1.14
TR = -0.35
ERR= 0.82
SDR= 0.96
1968 1969 1970 1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978
19/0 (+3,+3) 10
106/0 (+3,+3) 00
141/0 (+2,+2) 10
141/0 (+3,+3) 10
147/0 (+3,+3) 10
56/0 (+5,+4) 10
126/0 (+3,+3) 10
13/0 H (+1) 10
147/0 (+6,+4) 10
10/1 H (+3) 10
64/0 (+4,+4) 00
47/0 (+4,+4) 10
74/0 (+5,+5) 10
13/0 H (+1) 10
70/0 (+3,+4) 10
127/0 (+5,+4) 10
1/1 M
24/2 E

nachdem sie bereits im Dezember 1975 zu ihm gezogen war (Nr. 147). Im März 1977 begann die Zeit einer erwünschten Schwangerschaft (Nr. 74) und im Dezember 1977 folgte die Geburt eines gesunden Kindes. Seitdem war die Patientin nicht mehr berufstätig (Nr. 13 - Kündigung durch Befragte), da sie sich dem Kind widmen wollte. Gleichzeitig erfolgte der Umzug in ein neues Haus (Nr. 127).
Betrachtet man die Symptomverlaufskurve, so zeigt sich eine langsame Symptomverbesserung ab Ende 1971 bis hin zur Symptomfreiheit ab Herbst 1976; trotz einiger negativer Ereignisse, die Anfang 1976 einsetzten. Es gab in dieser Zeit vorübergehend symptombedingte Spannungen mit dem Partner. Die Patientin aß in dieser Zeit bereits regelmäßig und hielt ihr Gewicht stabil, sie aß jedoch noch immer relativ wenig, was bei ihrem Mann, der sich häufig als Hobbykoch betätigte, auf Unverständnis stieß. Außerdem hatte ein Arbeitsplatzwechsel auf eigenen Wunsch Anfang 1976 zur Verschlechterung ihrer Arbeitsbedingungen geführt (Neg. Ereignis Nr. 19). Diese Stelle wurde jedoch nach der Geburt des Kindes aufgegeben, was zu finanziellen Einbußen führte (Nr. 129), die allerdings beim guten Einkommen des Ehemannes als geringfügig eingestuft wurden (Januar 1978). Ein schwieriges, negatives Ereignis war eine vorübergehende körperliche Erkrankung, die (Nr. 118 im August 1976) einen stationären Aufenthalt notwendig machte. Die Patientin hatte - abgesehen von einer dreimonatigen analytischen Therapie - ein halbes Jahr nach Entlassung aus stationärer Behandlung keine weiteren psychotherapeutischen Behandlungen mehr in Anspruch genommen. Der Krankheitsaufenthalt 1976 erfolgte wegen der körperlichen Erkrankung.

Patient 10 ZW-M

Der Patient wurde im Dezember 1970 mit leichter Zwangssymptomatik entlassen. Es war während des stationären Aufenthaltes gelungen, seine Vermeidungsreaktionen und Kontrollzwänge zu unterbinden. Die Beeinflussung seiner Zwangsgedanken waren nicht vollständig geglückt. Er befürchtete durch eigene Fahrlässigkeit, anderen Menschen mit Hilfe von spitzen Gegenständen oder Tabletten zu schaden. Die Zwangshandlungen traten zu Hause unmittelbar nach der Entlassung wieder auf. Im Verlauf von der Entlassung bis zur Katamnese verschlechterte sich seine Symptomatik mehrfach bis hin zu einer extrem hohen Symptomatik. Zum Zeitpunkt der Entlassung lassen sich eine Reihe seit Jahren bestehender chronischer Belastungen nachweisen, die über den gesamten Katamnese-Zeitraum hinweg anhalten. Der 46jährige Patient, der bei seinen Eltern lebte, hatte außer dem Kontakt zu den Eltern keinen Freundeskreis; er lebte isoliert ohne einen einzigen Freund oder eine Freundin (Nr. 138) und übte keinerlei Hobbies oder Freizeitaktivitäten aus (Nr. 142). Außerdem litt er unter chronischen sexuellen Schwierigkeiten (Erektions- und Orgasmusstörungen) und hatte ständig Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, da seine Leistungen nicht den Anforderungen genügten. Im März 1971 erkrankte er vorübergehend körperlich (Nr. 118) und im November 1971 wagte er einen ersten Bordellversuch (Nr. 147), der für ihn "blamabel" endete, da er keine Erektion bekam. Der Gedanke daran belastet ihn noch immer. Im Januar 1972 kam es zu einer erheblichen Zunahme der Spannungen und Schwierigkeiten am Arbeitsplatz (Nr. 42). Im September 1972 starb ein Verwandter (Nr. 117) und im Januar 1973 kam es in der Folge der vorausgegangenen Schwierigkeiten am Arbeitsplatz zu einer Versetzung in eine andere Abteilung (Nr. 26), die der Patient als besonders negativ erlebte, da er nun im Posteinlauf Briefe sortieren mußte.

Abbildung 6

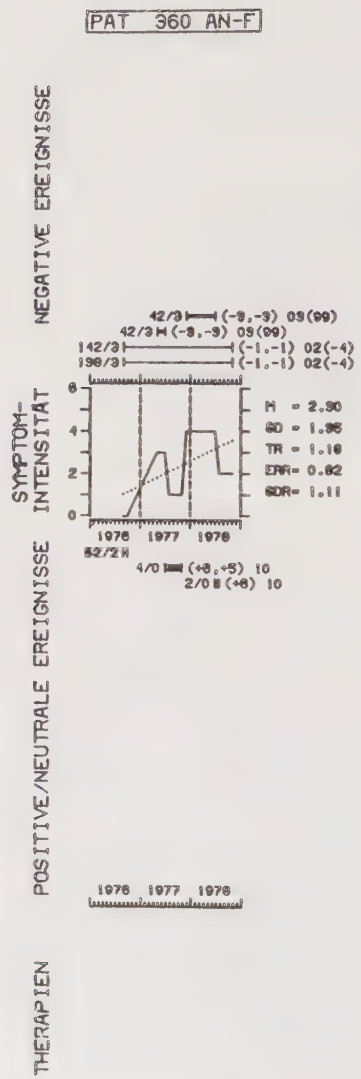

PAT 10 ZW-M
NEGATIVE EREIGNISSE
SYMPTOM-INTENSITÄT
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
THERAPIEN
M = 4.07
SD = 0.96
TR = 0.42
ZRR= 0.49
SDR= 0.46
1970 1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977

Es trat eine schlagartige Verschlechterung der Symptomatik ein, da er nun kontrollieren mußte, ob die Briefe keine spitzen Gegenstände enthielten. Nach zwei Monaten kam es zu einer erneuten Versetzung (Nr. 26), die zunächst eine gewisse Erleichterung brachte; insgesamt aufgrund seiner Symptomatik jedoch auch negativ erlebt wurde. Im Juli 1973 erkrankte sein Vater an Krebs und starb im April 1975. Ende 1975 erfolgte eine weitere Verschlechterung der Symptomatik. Zum Zeitpunkt der Katamnese hatte sich der Bewegungsradius des Patienten so sehr eingeengt, daß er nicht mehr in der Lage war, sich selbst zu versorgen. Der Patient war im Katamnesezeitraum psychiatrisch medikamentös betreut worden. Ein Aufenthalt in einer Nervenklinik Ende 1976 bis Anfang 77 hatte keine Besserung bewirkt. Der Patient mußte zum Zeitpunkt der Katamnese wieder stationär aufgenommen werden.

Patient 360 AN-F

Die Patientin mit der Diagnose Anorexia nervosa wurde gut gebessert im August 1976 entlassen. Chronische Belastungen wie das Fehlen eines Freundeskreises (Nr. 138), einer Partnerbeziehung (Nr. 62) und das Fehlen von Hobbies und Freizeitaktivitäten (Nr. 142) bestanden jedoch noch zum Zeitpunkt der Entlassung. Zwei Ereignisse bestimmten die Schwankungen im Verlauf der Symptomatik, die vom Gesamttrend her gesehen eine Verschlechterung anzeigten. Es war einmal das Vorabitur (Nr. 4) im Juni 1977, das Abitur im Juni 1978. Der schulische Streß vor den Prüfungen (Nr. 42) schien jeweils mit einer Symptomverschlechterung zu korrespondieren und die Entlastung durch das Bestehen der Prüfung mit einer vorübergehenden Symptomverbesserung. Die Patientin war zum Zeitpunkt der Katamnese krankheitseinsichtig und hatte beschlossen, eine Psychoanalyse zu beginnen.

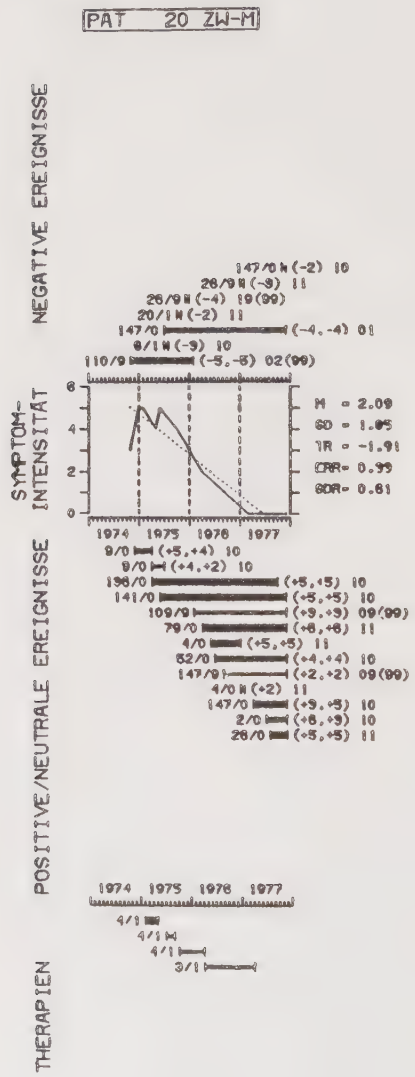
Abbildung 7


PAT 360 AN-F
NEGATIVE EREIGNISSE
SYMPTOM-INTENSITÄT
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
THERAPIEN
42/3 (-9,-9) 09(99)
42/3 M (-9,-9) 09(99)
142/3 (-1,-1) 02(-4)
196/3 (-1,-1) 02(-4)
M = 2.30
SD = 1.95
TR = 1.18
ERR= 0.62
SDR= 1.11
1976 1977 1978
52/2 M
4/0 (+8,+5) 10
2/0 (+6) 10
1976 1977 1978

Patient 20 ZW-M

Der Patient wurde im Oktober 1974 noch mit deutlich ausgeprägtem Grübel- und Zählzwang entlassen. Unmittelbar nach der Entlassung mußte der Patient wieder in eine Nachtklinik (Januar bis April 1975) aufgenommen werden, da sich seine Zwänge im Zusammenhang mit dem Entschluß, das Abitur auf einer Fachoberschule nachzumachen, stark erhöht hatten (Ereignis Nr. 9). Er war für sein Vorwissen in eine zu hohe Klasse eingestuft worden, da die ihm angemessene Klasse belegt war. Unter dieser Belastung erhöhten sich die Auseinandersetzungen und Spannungen in der Familie (neg. Ereignis Nr. 110). Noch von der Klinik aus begann er im März 1975 wieder mit der Ausbildung, nachdem er sich eine Leistungsklasse tiefer hatte einstufen lassen. Ab Mai 1975 verschlechterte sich seine Symptomatik erneut, erreichte im Juni 1975 noch einmal einen Tiefpunkt und begann von da an, sich kontinuierlich zu verbessern. Im März 1975 hatte sich bereits sein Freundeskreis deutlich erweitert (pos. Ereignis 136) und ab Mai 1975 nahm der Umfang seiner Freizeitaktivitäten deutlich zu (pos. Ereignis Nr. 141). Im Juli 1975 (zur Zeit als seine Symptomatik sich deutlich verschlechtert hatte) entschloß er sich, die Ausbildung auf der Fachoberschule aufzugeben (neg. Ereignis Nr. 6). Gleichzeitig erhielt er die Nachricht von geplanten Veränderungen an seinem Arbeitsplatz, die seine Position negativ beeinflußten (neg. Ereignis Nr. 147). Er wechselte deshalb im September 1975 den Arbeitsplatz (neg. Ereignis Nr. 20) und nahm eine Stelle im nicht erlernten Beruf an. Bereits im November 1975 und dann noch einmal im Dezember 1976 und im Oktober 1977 kam es zu größeren Veränderungen an diesem neuen Arbeitsplatz, die jedoch nur kurzfristig als negativ belastend erlebt wurden (Nr. 26 und Nr. 147). Im Bereich der positiven Ereignisse und Veränderungen trat nach der Erweiterung des Freundeskreises und der Freizeit

Abbildung 8


PAT 20 ZW-M
NEGATIVE EREIGNISSE
SYMPTOM-INTENSITÄT
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
THERAPIEN
147/0 N(-2) 10
26/9 N(-3) 11
26/9 N(-4) 19(99)
20/1 N(-2) 11
147/0 (-4,-4) 01
9/1 N(-9) 10
110/9 (-5,-6) 02(99)
M = 2.09
SD = 1.05
TR = -1.91
CRR= 0.99
SDR= 0.81
1974 1975 1976 1977
9/0 (+5,+4) 10
9/0 (+4,+2) 10
196/0 (+5,+5) 10
141/0 (+5,+5) 10
109/9 (+9,+9) 09(99)
79/0 (+8,+8) 11
4/0 (+5,+5) 11
52/0 (+4,+4) 10
147/9 (+2,+2) 09(99)
4/0 N(+2) 11
147/0 (+9,+5) 10
2/0 (+8,+9) 10
26/0 (+5,+5) 11
1974 1975 1976 1977
4/1
4/1
4/1
3/1

aktivitäten auch eine Abnahme der Spannungen und Schwierigkeiten in der Familie Anfang 1976 ein (pos. Ereignis Nr.109). Im März 1976 bekamen er und seine Frau ein Kind, im Mai 1976 nahm der Patient erfolgreich an einer Prüfung im Rahmen der Ausbildung zum mittleren und höheren Beamten teil (Nr. 4). Im Juni 1976 begann eine wichtige Beziehung zu einer Frau (pos. Ereignis Nr. 52), die bis zur Katamnese bestand. Ab August 1976 erfolgte eine für ihn günstige Regelung mit der Ehefrau, die ihm innerhalb der Ehe mehr Freiraum gab (Nr. 147). Im November 1976 bestand er eine zweite Prüfung und im Mai 1977 als Bester seiner Gruppe die Prüfung für eine höhere berufliche Position, was kurz darauf im Juni 1977 zu weiteren positiven beruflichen Veränderungen führte (pos. Ereignis Nr. 26). Im privaten Bereich hatte er zuvor im März 1977 einen persönlichen Erfolg und Bestätigung dadurch erfahren, daß er zum Vorsitzenden eines Vereins gewählt worden war.

6.1.2 Beispiele für die Zuordnung der Symtomverläufe zu den Faktoren I bis IV

Bevor im folgenden Ergebnisse über Zusammenhänge zwischen Lebensereignissen und der Art des Krankheitsverlaufs dargestellt werden, erscheint es sinnvoll, einen Überblick über die Vielfältigkeit individueller Symptomverläufe zu geben.
Die statistische Überprüfung von Zusammenhängen zwischen verschiedenen Variablen erfordert Gruppenbildungen, die der Variationsbreite individueller Merkmalsausprägung häufig nicht gerecht werden.

In dieser Untersuchung wurden wie soeben an 4 Einzelfällen dargestellt, die Informationen des Interviews für jeden Patienten getrennt in einer Graphik festgehalten. Anhand einer Auswahl dieser Graphiken soll gezeigt werden, wie problematisch es ist, unterschiedliche Symptomverläufe nach einem einzigen Ordnungsgesichtspunkt zusammenzufassen und warum in dieser Untersuchung eine differenzierte Vorgehensweise gegenüber den üblichen Life-Event-Untersuchungen bevorzugt wurde, die dazu führte, daß vier verschiedene Sortierungen der Symptomverläufe zu den Ereignischarakteristika in Beziehung gesetzt wurden (vgl. Kapitel 5.5.2, Einteilung der Symptomverläufe nach verschiedenen Faktoren).

Die Mehrzahl der Life-Event-Forscher verwendet in Verlaufsuntersuchungen die Kategorien "gebesserte unveränderte Symptomatik" gegenüber "verschlechterter Symptomatik/Rückfall" zur Gruppenbildung (Myers et al., 1971, 1972; Giel et al., 1978; Tennant et al., 1981; Paykel 1974; Paykel und Tanner 1976; Leff et al., 1973; Surtees und Ingham 1980; Brown 1970). Bewertungsgrundlage für die Einteilung ist dabei meist die Querschnittssymptomatik zum Zeitpunkt der Katamnese, die in Beziehung zur Aufnah-

me- oder Entlassungssymptomatik gesetzt wird. Kurzfristige Schwankungen der Symptomatik müssen bei diesem Vorgehen jedoch zu Fehlzuordnungen führen. Selbst wenn wie in der vorliegenden Untersuchung der gesamte Katamnesezeitraum berücksichtigt wird, kann dennoch nicht verhindert werden, daß die Auswahl eines Unterscheidungsmerkmals zur Vernachlässigung verschiedener anderer Merkmale führt, will man die Anzahl der Patienten pro Analysegruppe nicht zu sehr reduzieren.

Die folgenden Graphiken sind Beispiele für die Zuordnung zu den verschiedenen Gruppierungen der Symptomverläufe, die schematisch bereits in Abb. 4 S. 138 dargestellt worden sind.
Die Einteilung der Symptomverläufe nach der Verlaufsrichtung in gebesserte, gleichbleibende und verschlechterte Patienten wurde Faktor I genannt. Gut erfaßt werden mit dieser Einteilung kontinuierliche Veränderungen auch mit leichten Schwankungen. Abb. 9 zeigt ein Beispiel für die Untergruppe "gebessert" und Abb. 10 ein Beispiel für die Untergruppe "verschlechtert". Die folgenden Abb. 11, 12 und 13 sind Beispiele für "gleichbleibende Symptomatik" (der Trend = TR liegt zwischen -0,15 und +0,15). Über die Symptomhöhe, den Bereich, in dem die Symptomveränderung stattfindet, wird bei dieser Einteilung nichts ausgesagt (vgl. auch weitere Beispiele für Symptomverbesserung in den Abb. 5, 8, 15, 16, 20, 21 und für Symptomverschlechterung in den Abb. 6, 7, 18, 19, 24). Besonders ungünstig ist dieses Einteilungsprinzip für Symptomverläufe mit starken Schwankungen. (Vergleiche dazu Abb. 17 als Beispiel für gleichbleibende Symptomatik (TR=0)).

Faktor II berücksichtigt speziell die durchschnittliche Symptomhöhe des Verlaufes (Einteilung nach dem Mittelwert in 3 Niveaubereiche: niedrig, mittel, hoch).

Gut erfaßt werden bei diesem Einteilungsprinzip gleichbleibende Symptomverläufe wie die Beispiele der Abb. 11 für niedriges, Abb. 12 für mittleres und Abb. 13 für hohes Symptomniveau zeigen. Ungünstig ist dieses Einteilungsprinzip für Symptomverläufe, die eine kontinuierliche Symptomveränderung über mehrere Wertpunkte hinweg durchlaufen (Abb. 5 und Abb. 10 als Beispiele für niedriges Symptomniveau) Abb. 8 und Abb. 20 für mittleres Symptomniveau und Abb. 24 für hohes Symptomniveau. Eine Folge dieser Zuordnung kann sein, daß gegenläufige Symptomkurven zu einer Gruppe zusammengefaßt werden. Ungünstig ist dieses Einteilungsprinzip auch für Symptomverläufe mit starken Symptomschwankungen.

Der Aspekt der Symptomschwankung wird insbesondere von Faktor III erfaßt. Unregelmäßige Symptomverläufe werden hier durch Niveaubereiche der Symptomatik definiert, innerhalb derer sich die Extremwerte der Kurve bewegen dürfen. Die folgenden Beispiele stehen für die verschiedenen Niveaubereiche:
Abb. 14: Schwankungsbereich der Symptomatik zwischen 0 und 2. Abb. 15: Schwankungsbereich zwischen 0 und 3. Abb. 16: Schwankungsbereich zwischen 0 und 4. Abb. 17: Schwankungsbereich zwischen 0 und 6. Abb. 18: Schwankungsbereich zwischen 3 und 4.
Besonders ungünstig ist das Einteilungskriterium nach dem Schwankungsbereich für alle kontinuierlich verlaufenden Symptomkurven und für alle Kurven mit deutlicher Richtungsänderung.

Der Faktor IV kennzeichnet die Zuordnung zu verschiedenen Untergruppen nach dem Kriterium der visuellen Ähnlichkeit in 7 Untergruppen.
Die Abb. 20 bis 24 stehen beispielhaft für 5 von den insgesamt 7 Untergruppen, denen jeweils gleichaussehende Verläufe zugeordnet werden konnten.

Abb. 20 ist beispielhaft für alle Patientenverläufe, die sich deutlich verbessern (um mindestens 3 Wertpunkte auf der Symptomskala). Abb. 21 steht für Symptomverläufe, die sich von der Symptomstärke 2 im Verlauf der Katamnese zur Symptomfreiheit entwickeln.
Abb. 22 ist beispielhaft für alle Symptomverläufe im Bereich der Symptomstärke zwischen 0 und 2, die gleichbleibende Symptomkurven von ± einem Wertpunkt auf der Symptomskala aufweisen.
Abb. 23 steht für alle Symptomverläufe ab einer Symptomstärke von 3 und mehr, die gleichbleibende Symptomverläufe ± einem Wertpunkt auf der Symptomskala aufweisen.
Abb. 24 ist beispielhaft für alle Symptomverläufe mit einer deutlichen kontinuierlichen Symptomverschlechterung.
Da diese Untergruppen in sich recht homogen sind, kommen keine Fehlzuordnungen wie bei den anderen Faktoren vor, nur für die zwei noch nicht beschriebenen Untergruppen konnte kein Ähnlichkeitsprinzip gefunden werden, da es sich um sehr unregelmäßige Verläufe handelt. Sie wurden entsprechend dem Faktor III in zwei Schwankungsbereiche unterteilt: Schwankungen im niedrigen Bereich (Abb. 25) und Schwankungen im mittleren und hohen Bereich (Abb. 26).

Bei den Faktoren I und II konnten alle Patienten berücksichtigt werden, während beim Faktor IV 83 Patienten (nur 67 ohne die Schwankungsgruppen) und bei Faktor III 87 Patienten berücksichtigt werden konnten.

Abbildung 9

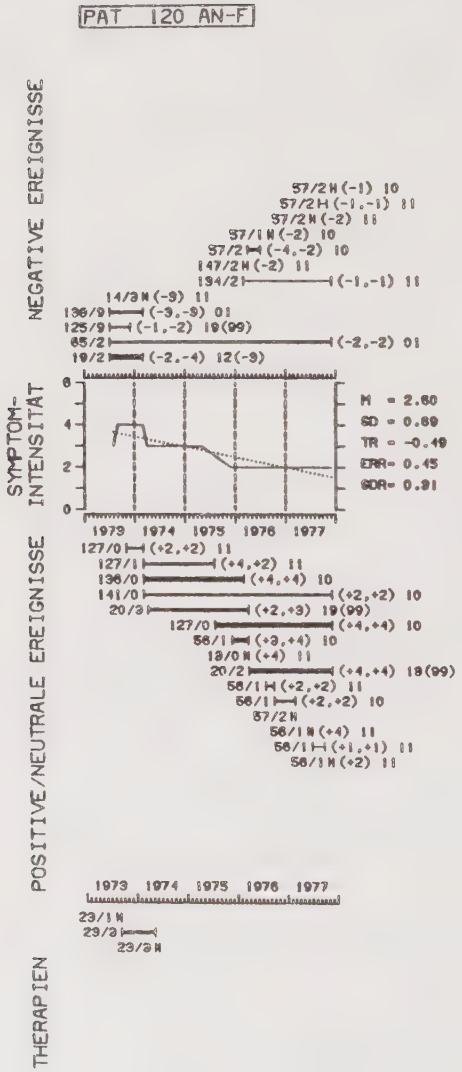

PAT 120 AN-F
NEGATIVE EREIGNISSE
57/2 N(-1) 10
57/2 H(-1,-1) 11
57/2 N(-2) 11
57/1 N(-2) 10
57/2 H(-4,-2) 10
147/2 N(-2) 11
194/2 H(-1,-1) 11
14/3 N(-9) 11
136/9 H(-3,-9) 01
125/9 H(-1,-2) 19(99)
65/2 H(-2,-2) 01
19/2 H(-2,-4) 12(-9)
SYMPTOM-INTENSITÄT
M = 2.60
SD = 0.69
TR = -0.49
ERR= 0.45
GDR= 0.91
1973 1974 1975 1976 1977
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
127/0 H(+2,+2) 11
127/1 H(+4,+2) 11
136/0 H(+4,+4) 10
141/0 H(+2,+2) 10
20/3 H(+2,+3) 19(99)
127/0 H(+4,+4) 10
56/1 H(+3,+4) 10
13/0 N(+4) 11
20/2 H(+4,+4) 19(99)
56/1 H(+2,+2) 11
56/1 H(+2,+2) 10
57/2 N
56/1 N(+4) 11
56/1 H(+1,+1) 11
56/1 N(+2) 11
THERAPIEN
1973 1974 1975 1976 1977
23/1 N
23/2 H
23/3 N

Abbildung 10

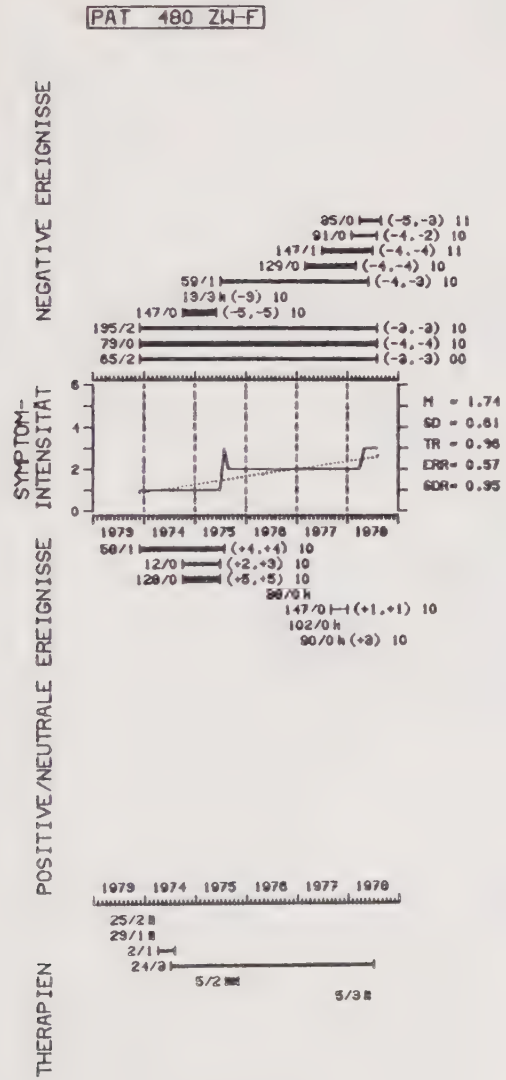


Abbildung 11

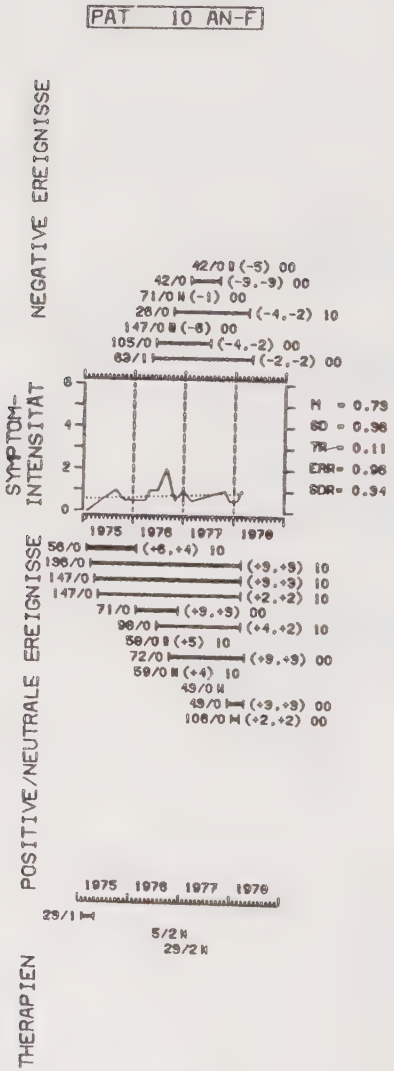


Abbildung 12

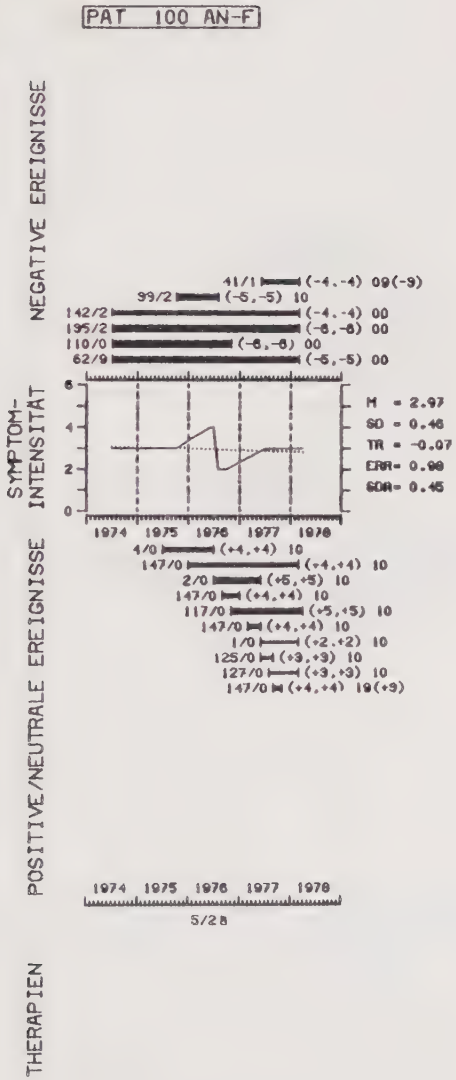


Abbildung 13

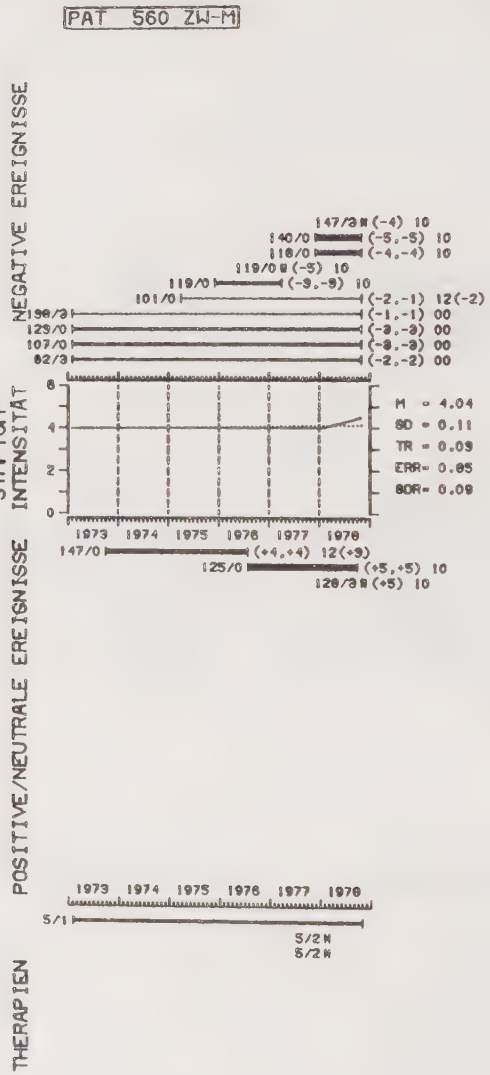


Abbildung 14

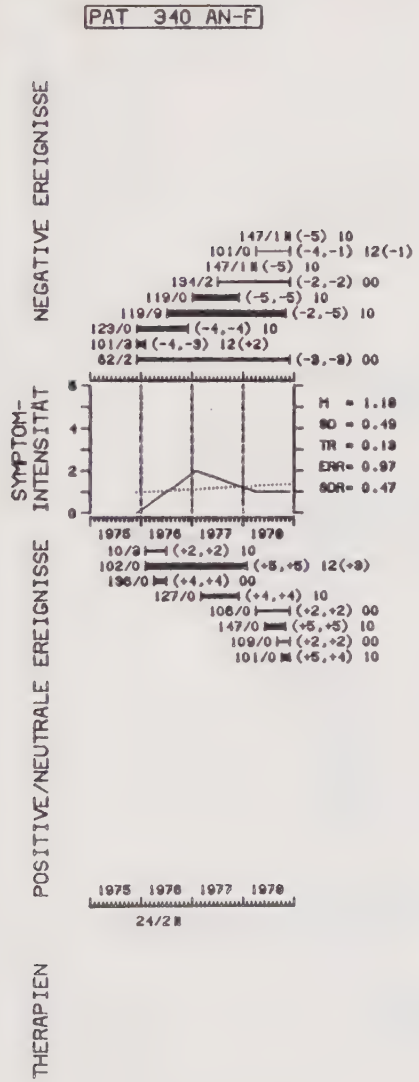


Abbildung 15

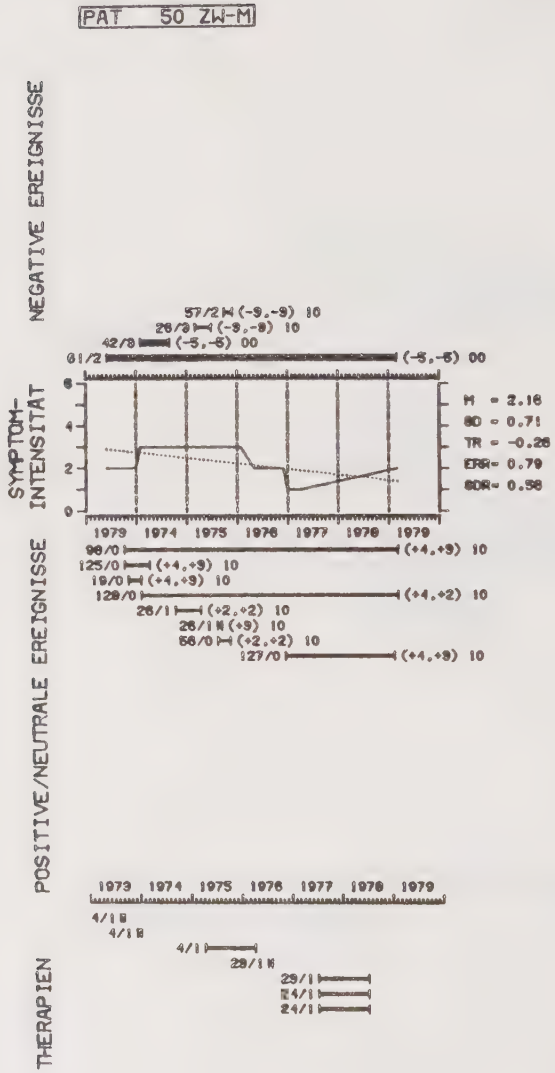


Abbildung 16

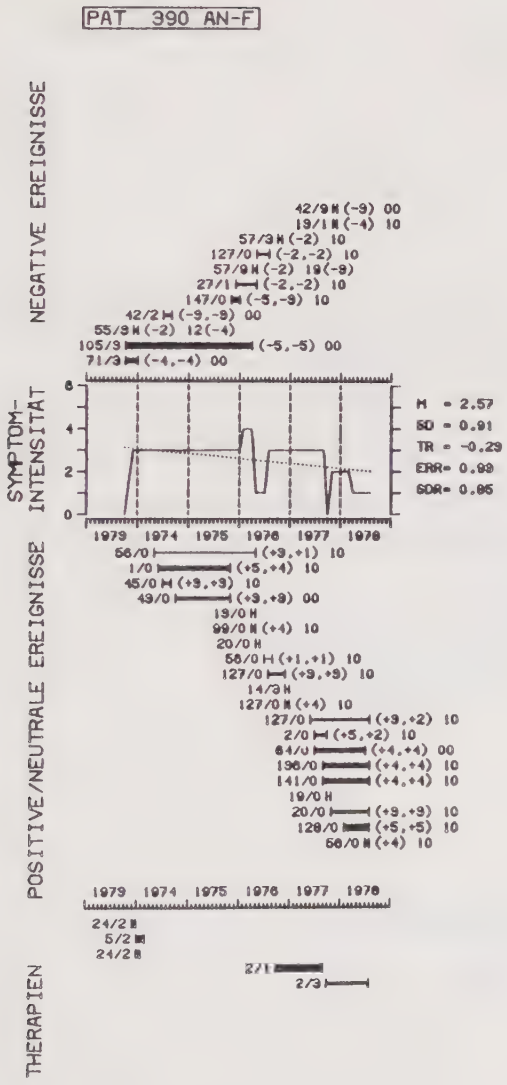


Abbildung 17

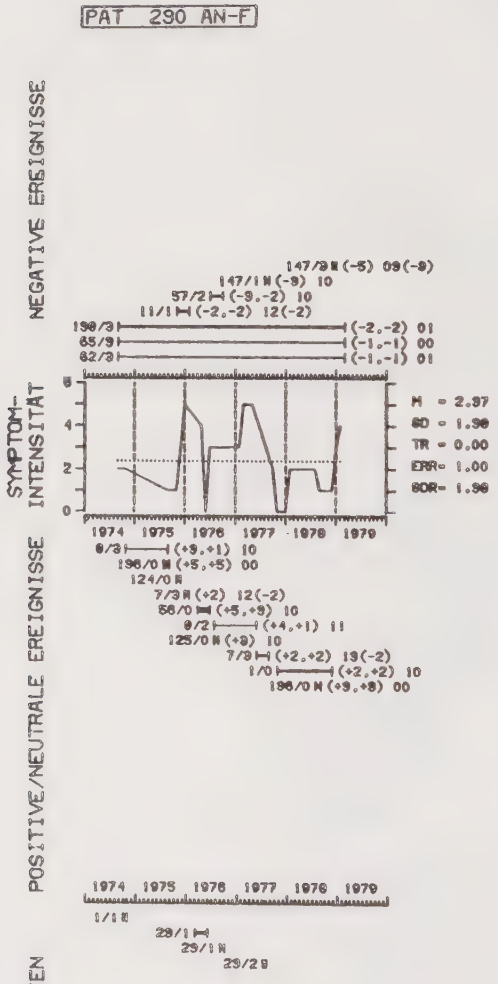


Abbildung 18

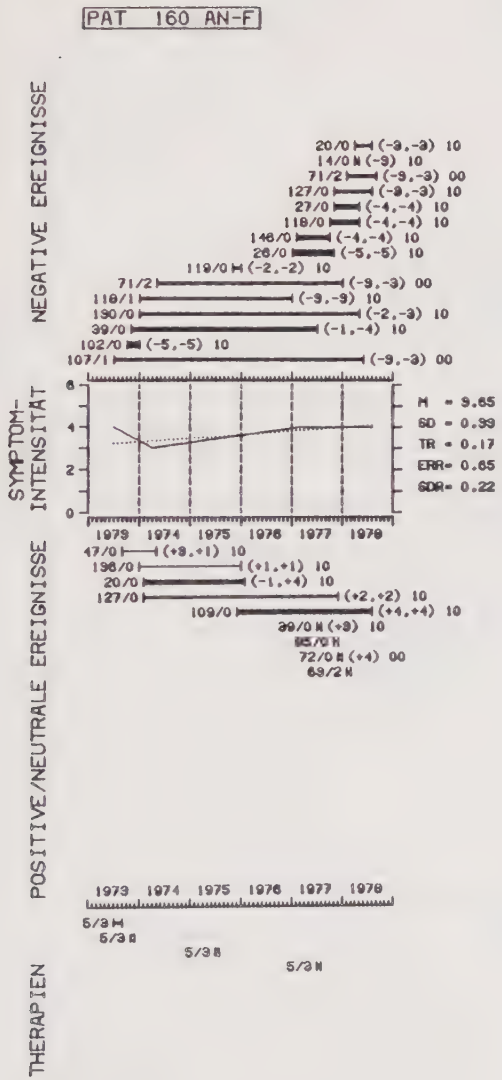


Abbildung 19

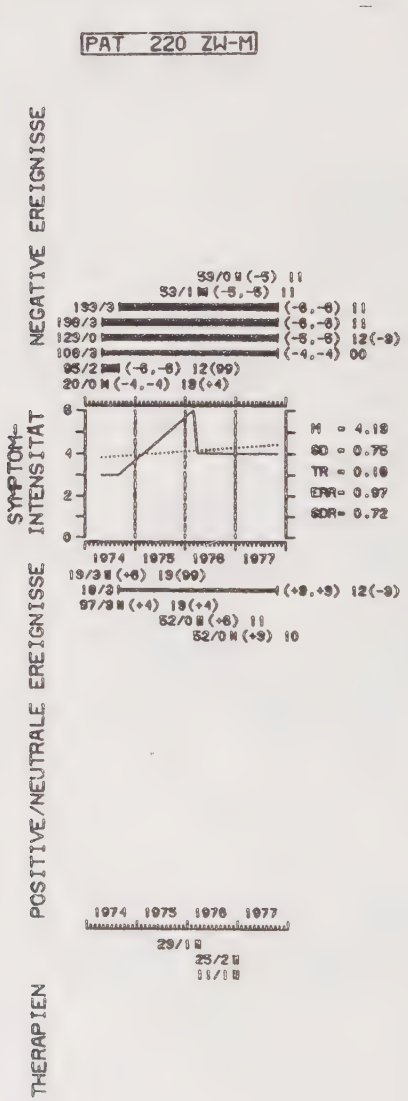


Abbildung 20

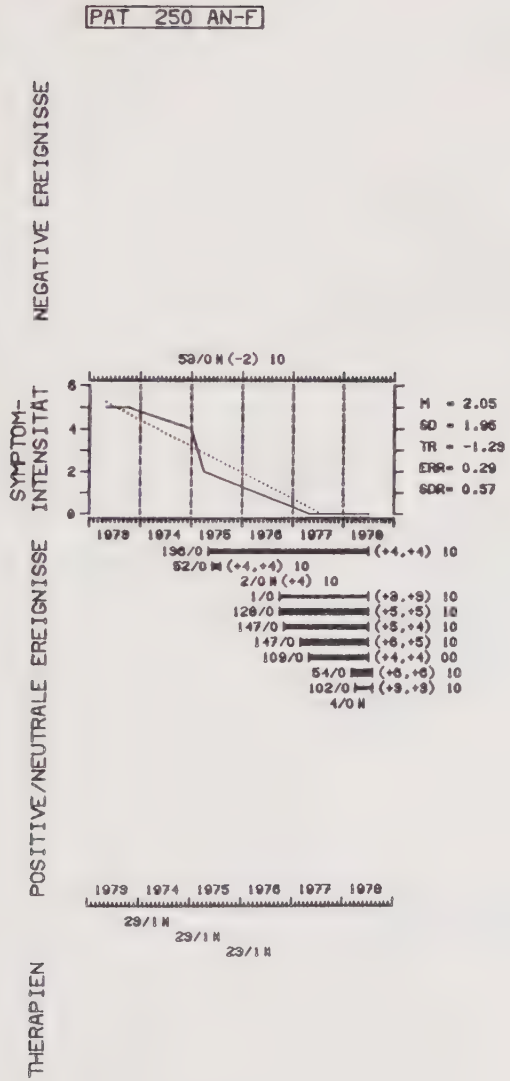


Abbildung 21

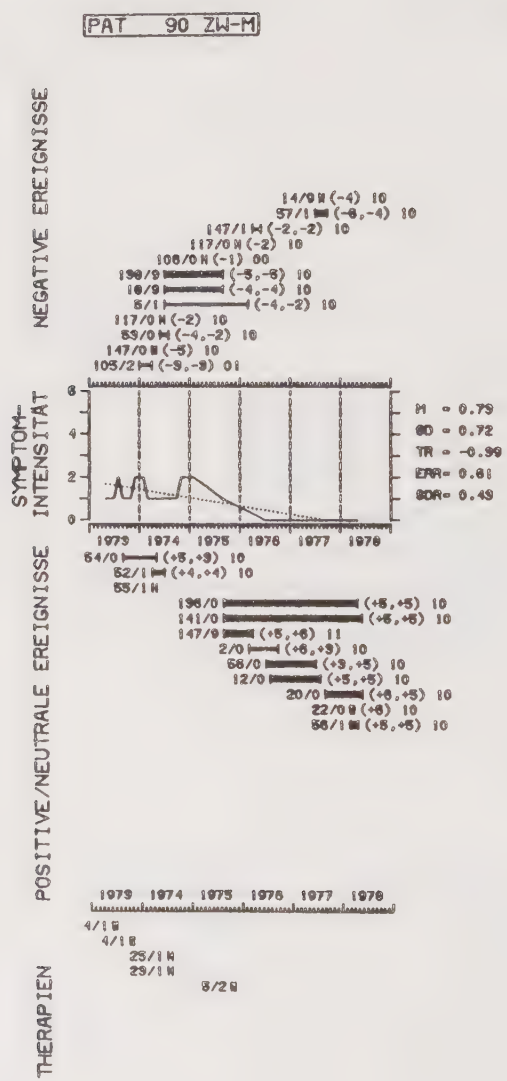


Abbildung 22

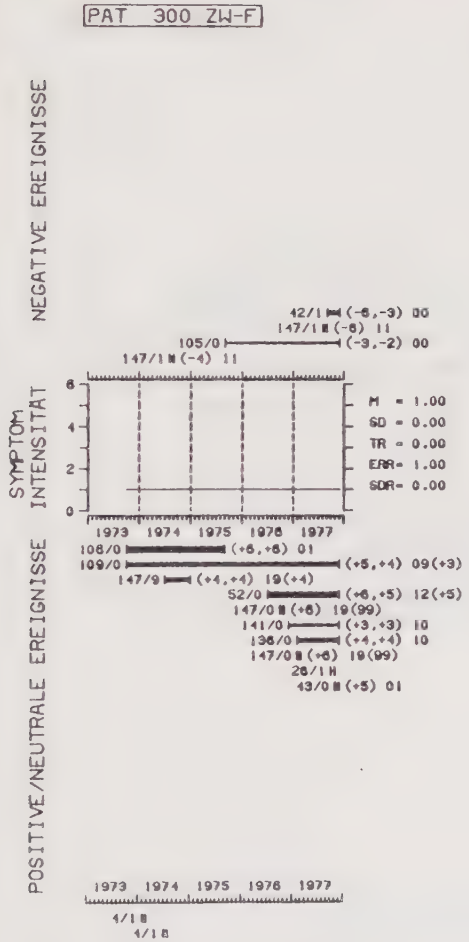


Abbildung 23

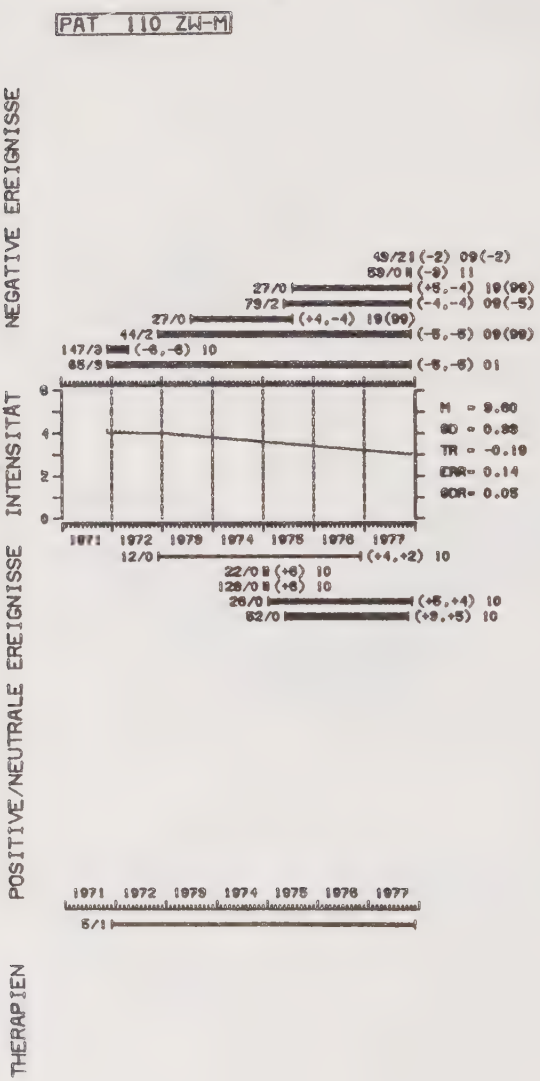


Abbildung 24

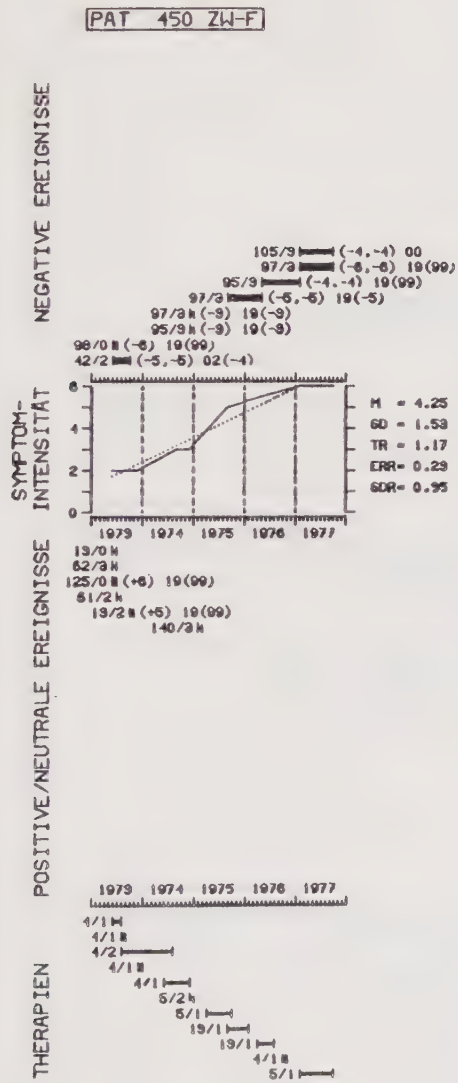


Abbildung 25

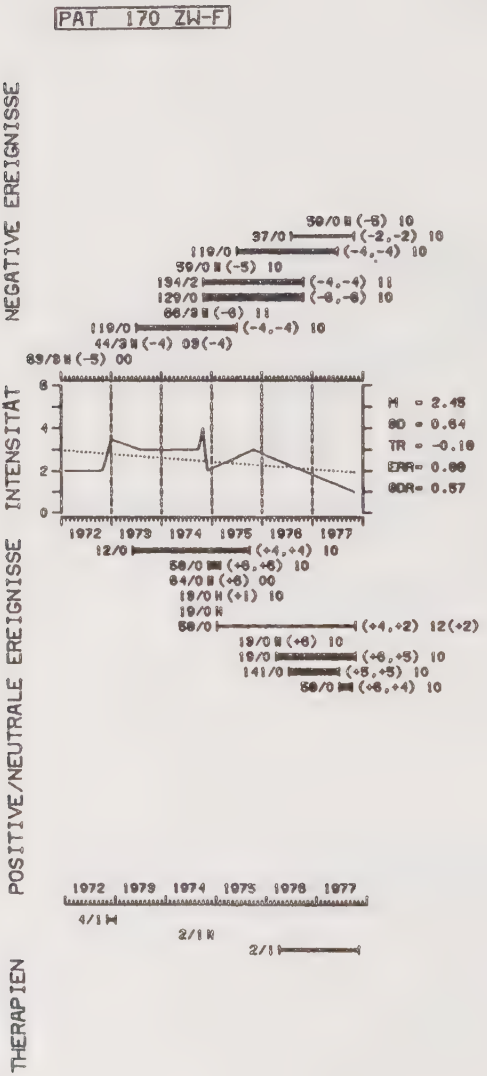
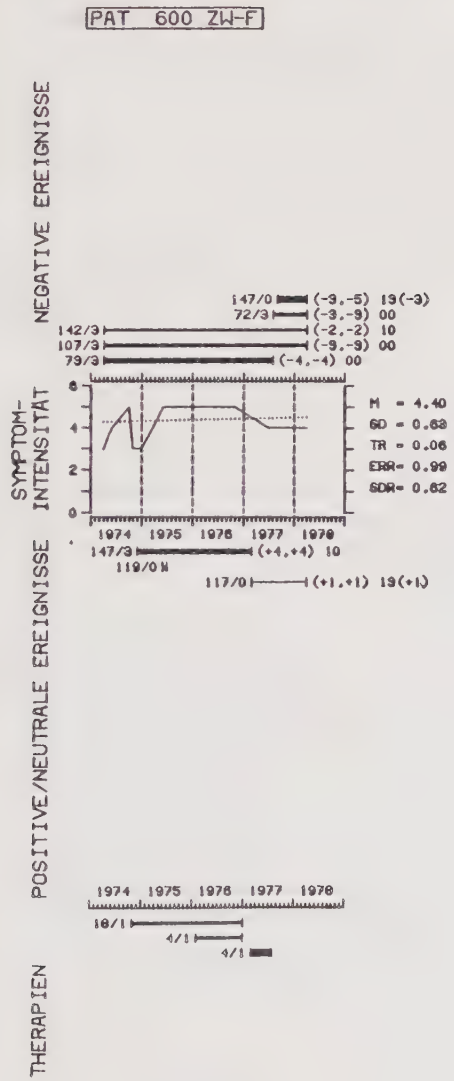


Abbildung 26



6.2 Häufigkeitsverteilungen

6.2.1 Die Verteilung der Patienten auf die verschiedenen Symptomverlaufsgruppen (Faktoren I-IV)

Eine Übersicht der Verteilung der Patienten auf die Faktoren I bis IV zeigt die Tabelle 8.
Bei gut der Hälfte der Patienten (56 %) hat sich die Symptomatik im Katamnesezeitraum verbessert. Bei 23 % zeigte sich keine Veränderung und bei 21 % der Patienten konnte eine Verschlechterung der Symptomatik im Verlauf festgestellt werden.
Betrachtet man anstelle der Verlaufsrichtung (Faktor I) das durchschnittliche Symptomniveau (Faktor II) der Patienten im Katamnesezeitraum, so zeigt sich, daß 39 % ein durchschnittlich niedriges Symptomniveau hatten und 61 % der Patienten durchschnittlich als krank anzusehen waren, wobei allerdings nur 21 % unter durchschnittlich hoher Symptomatik litten (Mittelwert 3,5), während bei 40 % die Symptomatik leicht bis mittelschwer war.

Setzt man die beiden ersten Faktoren zur Beschreibung des Symptomverlaufes zueinander in Beziehung (Tab. 9), so zeigt sich, daß Patienten mit niedriger durchschnittlicher Symptomatik häufiger eine Symptomverbesserung als eine Symptomverschlechterung erlebten, während Patienten mit hohem durchschnittlichen Symptomniveau ungefähr gleich häufig Symtpomverschlechterungen wie -verbesserungen erlebten. Symptomverschlechterungen sind folglich bei Patienten mit niedrigem durchschnittlichen Symptomniveau selten, sie nehmen jedoch mit dem durchschnittlichen Schweregrad der Symptomatik zu.

Tabelle 8: Verteilung der Patienten auf die verschiedenen Symptomverlaufsgruppen (Faktor I-IV)

Faktor I	Anzahl der Patienten		
Richtung der Symptomverlaufsänderung	alle Patienten	nur Anorexia Nervosa	nur Zwangsneurose
verbessert	58	24	34
gleichbleibend	24	8	15
verschlechtert	21	6	16
	103	38	65

Faktor II	Anzahl der Patienten		
durchschn. Symptomniveau	alle Patienten	nur Anorexia Nervosa	nur Zwangsneurose
niedrig	40	20	19
mittel	41	15	26
hoch	22	3	20
	103	38	65

	Faktor III Einteilung der Symptomverläufe nach dem Schwankungsbereich	Anzahl der Patienten beide Diagnosegruppen
1	alle Werte ≤ 2	24
2	sowohl Werte ≤ 2 als auch bis 3	13
3	sowohl Werte ≤ 2 als auch bis 4	19
4	sowohl Werte ≤ 2 als auch >4	14
5	alle Werte 3 bis 4	6
6	alle Werte mindestens 3; ein Wert mindestens >4	11
		87

	Faktor IV Einteilung der Symptomverläufe nach visuellen Kriterien	Anzahl der Patienten beide Diagnosegruppen
1	Deutliche Verbesserung unabhängig vom Ausgangswert	18
2	Verbesserung im niedrigen Bereich	13
3	Gleichbleibend im niedrigen Bereich	15
4	Gleichbleibend im mittleren bis hohen Bereich	12
5	Schwankender Verlauf im niedrigen Bereich	12
6	Schwankender Verlauf im mittleren bis hohen Bereich	14
7	Deutliche Verschlechterung der Symptomatik unabhängig vom Ausgangswert	9
		93

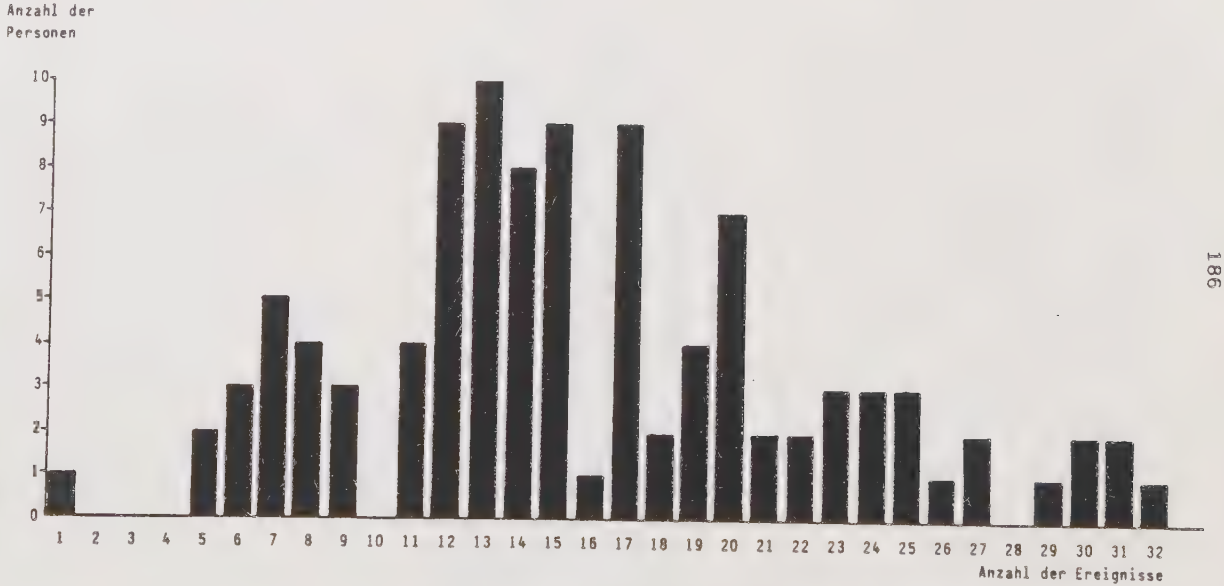
Tabelle 9: Beziehung von Faktor I zu Faktor II

	Faktor I Änderung			
Faktor II Niveau	verbessert	gleich	verschlechtert	
niedrig	26	12	2	40
mittel	23	9	9	41
hoch	9	3	10	22
	58	24	21	103

Die Einteilung der Patienten nach dem Schwankungsbereich (Faktor III, Tab. 8) zeigt, daß bei 42 % die Symptomatik während des Katamnesezeitraumes im Bereich zwischen keiner/niedriger Symptomatik und deutlicher Symptomatik schwankt (Untergruppen 1 und 2), davon entfallen 27 % auf den Bereich zwischen keiner bis mäßiger Symptomatik (0-2) und 15 % auf den Schwankungsbereich zwischen keiner bis deutlicher Symptomatik (≤ 2 bis 3).
Bei 38 % der Patienten kommen im Verlauf der Katamnese sowohl Zeiten geringer Symptomatik (Werte ≤ 2) als auch Zeiten starker bis extrem starker Symptomatik vor (Untergruppen 3 und 4 des Faktors III).
Von den 20 % der Patienten, deren Symptomatik im Gesamtverlauf der Katamnese hoch ist (Symptomwerte von 3 und höher), zeigen 6 Patienten keine Schwankungen der Symptomatik im Verlauf (Untergruppe 5) und 11 Patienten erleben Symptomschwankungen zwischen deutlicher Symptomatik und extrem starker Symptomatik (Untergruppe 6).
Der Faktor IV (Tab. 8, Einteilung der Symptomverläufe nach visuellen Kriterien), in den 93 von 103 Patienten einbezogen sind, gibt detailliertere Auskunft über die Art der Symtomverläufe als die Faktoren I bis III.

Demnach haben von 93 Patienten 18 (19 %) eine deutliche Symptomverbesserung im Verlauf der Katmnese über mehrere Wertpunkte hinweg erlebt, ohne daß es danach noch einmal zu einer Verschlechterung der Symptomatik gekommen wäre. 14 % der 93 Patienten haben ihre Symptomatik im Verlauf der Katamnese bei einem Ausgangswert von 2 (leichte Symptomatik) bis zur völligen Symptomfreiheit verbessert. 15 Patienten (16 %) weisen über den gesamten Katamnesezeitraum hinweg eine gleichbleibende Symptomatik auf, die zwischen Symptomfreiheit und leichter Symptomatik liegt. Einen ähnlich stabilen schwankungsfreien Symptomverlauf zeigen 12 Personen (13 %) im Bereich mittlerer bis hoher Symptomatik.
Auf die schwer einzuordnenden Symptomverläufe, bei denen die Symptomatik ständig zwischen Verbesserung und Verschlechterung schwankt, fallen 26 Patienten, 12 davon (13 %) liegen im niedrigen Symptombereich und 14 Patienten (16 %) im mittleren bis hohen Symptombereich.
Nur 9 von 93 Patienten erleiden eine stetige Verschlechterung der Symptomatik mit leichten Schwankungen. Nicht berücksichtigt wurden schwer einzuteilende Symptomverläufe wie beispielsweise u-förmige Verläufe.

Abbildung 27: Verteilung der Anzahl der Personen auf die Anzahl der Ereignisse
(Für den Zeitraum von Entlassung bis Katamnese)



0 bis 10 Ereignisse haben 18 Personen = 17,5%
11 bis 20 Ereignisse haben 63 Personen = 61,2%
21 bis 32 Ereignisse haben 22 Personen = 21,3%

6.2.2 Die Anzahl der Ereignisse bezogen auf die Anzahl der Patienten

Alle 103 Patienten haben zusammengenommen 1638 Ereignisse im Zeitraum von durchschnittlich 4 1/2 Jahren erlebt. Das entspricht einer durchschnittlichen Anzahl von 15,9 Ereignissen pro Person bei einem Maximum von 32 Ereignissen und einem Minimum von einem Ereignis pro Person (siehe Abb. 27).
82,5 % aller Patienten haben 11 - 32 Ereignisse erlebt.
Von den 1638 Ereignissen wurden 793 positiv und 720 negativ bewertet. 125 Ereignisse wurden weder positiv noch negativ bewertet.
Die 38 Patienten mit der Diagnose Anorexia nervosa haben 687 Ereignisse erlebt; das entspricht einem Mittelwert von M = 18,1 Ereignissen.
65 Patienten mit der Diagnose Zwangsneurose haben 951 Ereignisse im Katamnesezeitraum erlebt; dies entspricht einem Mittelwert von 14,6 Ereignissen.

6.2.3 Die subjektiv erlebte Dauer der Ereignisse

506 (30,9 %) von 1638 Ereignissen haben für die Betroffenen keine länger dauernde Nachwirkung (Dauer der Wirkung 1 Monat) und nur 5 % aller Ereignisse haben eine subjektive Nachwirkung, die länger als 1 1/2 Jahre dauerte.
Einige davon haben eine Wirkungsdauer, die sich über den gesamten Katamnesezeitraum erstreckt. Sie können deshalb bis zu 9 Jahre dauern (wie z.B. chronische Belastungen).
Die Abb. 28 zeigt, daß jedoch 66,6 % aller Ereignisse eine subjektiv erlebte Wirkung von nicht länger als einem halben Jahr haben und 87,2 % aller Ereignisse nach einem Jahr nicht mehr im Bewußtsein des Betroffenen positiv oder negativ nachwirken.

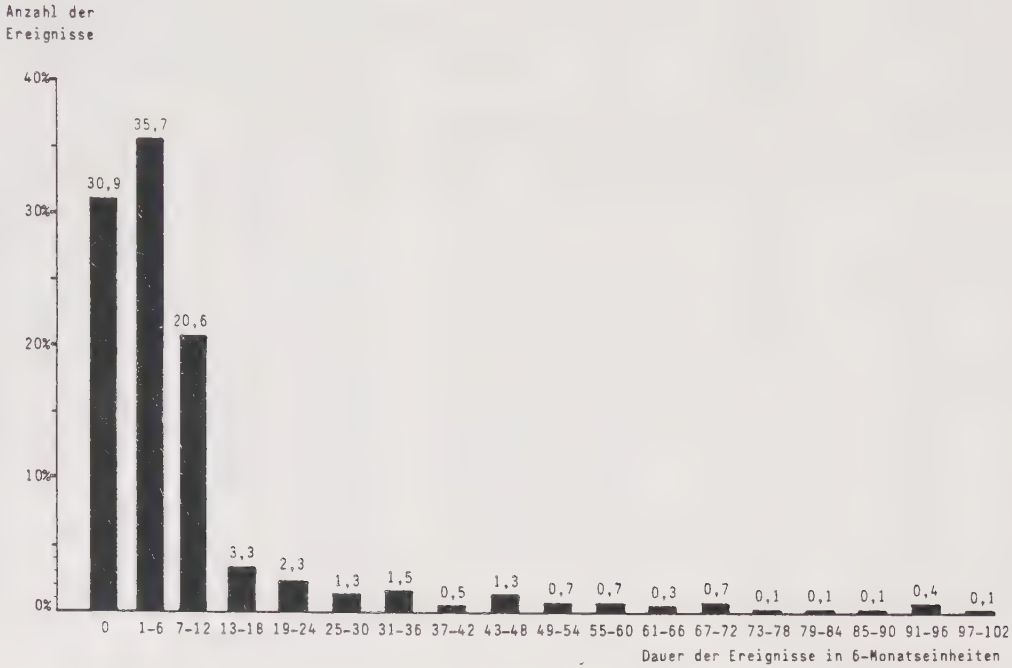
Betrachtet man die der Mittelwerte der Dauer positiver und negativer Ereignisse für die unselegierte Ereignisstichprobe (alle Ereignisse), so zeigen positive und negative Ereignisse vergleichbar lange durchschnittliche Auswirkungen. (siehe Tab. 10)

Tabelle 10: Mittelwerte der Dauer positiver und negativer Ereignisse in Monaten

	alle Ereignisse	nur objektive und nicht symptombedingte Ereignisse	Spannungen und Schwierigkeiten Intensivierung von Beziehungen	chronische Belastungen
MW Dauer pos. Ereignisse	24,3	14,1	8,0	-
MW Dauer neg. Ereignisse	24,8	4,3	3,7	14,9

Für die Ereigniskonstellation, die nur "objektive und nicht symptombedingte" Ereignisse enthält, gilt dieses Ergebnis nicht, ebenso nicht wie für die Ereigniskategorie "Spannungen und Schwierigkeiten bzw. Intensivierung und Verbesserung von Beziehungen".
Hier zeigt sich, daß positive Ereignisse durchschnittlich länger nachwirken als negative Ereignisse. Die Dauer negativer Ereignisse in der unselegierten Ereignisstichprobe ist durch die Dauer der "chronischen Belastungen" bedingt, die im Durchschnitt eine Dauer von 14,9 Monaten haben, während objektive negative Ereignisse durchschnittlich nur eine subjektive Nachwirkung von 4,3 Monaten haben.

Abbildung 28: Verteilung der Dauer der Ereignisse in 6-Monatseinheiten zusammengefaßt



6.2.4 Die Anzahl symptombedingter Ereignisse

Von 1638 Ereignissen wurden 23 % (378) der Ereignisse vermutlich oder mit Sicherheit durch die Symptomatik hervorgerufen oder stehen mit ihr in Zusammenhang. 85 Ereignisse waren bezüglich ihrer Verursachung durch die Symptomatik nicht zu beurteilen und wurden sicherheitshalber den symptombedingten Ereignissen zugeordnet. (siehe Tab. 11)

Tabelle 11: Die Anzahl symptombedingter und die Anzahl nicht symptombedingter Ereignisse

Code		Anzahl
sicher nicht symptombedingt	0	1032
vermutlich nicht symptombedingt	1	143
vermutlich symptombedingt	2	146
sicher symptombedingt	3	232
nicht beurteilbar	9	85
		1638

Die Tabelle 12 zeigt den Anteil symptombedingter Ereignisse für die verschiedenen Ereigniskategorien. Daraus geht hervor, daß der prozentuale Anteil der Ereignisse, die in Zusammenhang mit der Symptomatik stehen, bei der Ereigniskategorie "chronische Belastungen" mit 76 % am größten ist.
Bei der Ereigniskategorie "Spannung und Schwierigkeiten" (zu denen auch der größte Teil der Ereignisse mit der Bezeichnung Freundeskreis und Freizeitaktivitäten zählt), beträgt der Anteil symptomkonfundierter Ereignisse 33 %.

Der Anteil symptombedingter Ereignisse ist mit 19,2 % für die Ereigniskategorie "objektive Ereignisse" am geringsten.

Tabelle 12: Verteilung der symptombedingten und nicht symptombedingten Ereignisse auf die verschiedenen Ereignisklassen

Ereignisklasse	Anzahl der Ereignisse	Anzahl der Ereignisse %	Auftreten des Ereignisses durch Symptomatik bedingt %	Auftreten des Ereignisses nicht durch Symptomatik bedingt %
Objekive Ereignisse	954	58,2	19,2	80,8
Abnahme u. Zunahme von Spannungen/Schwierigkeiten	309	18,9	33,3	66,6
Chronische Belastungen	144	8,8	76,4	23,6
Freundeskreis Freizeitaktivitäten	231	14,1	29,0	70,9
Gesamt	1638	100,0	28,2	71,8

CHI^2-Test: $p<0,01$

6.3 Zusammenhänge zwischen Ereignissen und Symptomatik

6.3.1 Die Relation von positiven zu negativen Ereignissen in Beziehung zur Symptomatik

Die zentrale Fragestellung dieser Untersuchung gilt der Prüfung von Zusammenhängen zwischen Lebensereignissen und unterschiedlichen Krankheitsverläufen. Dabei interessiert, welche speziellen Aspekte oder Life-Event-Charakteristika für beobachtbare Effekte verantwortlich sind. Im Mittelpunkt steht die Frage nach dem Einfluß von positiven und negativen Ereignissen auf den Symptomverlauf nach stationärer Behandlung.

Die Einteilung der Ereignisse erfolgt nach dem Ereignisschwerpunkt in Patienten, die mehr positive als negative Ereignisse, mehr negative als positive Ereignisse und gleichviel positive wie negative Ereignisse (+1 Ereignis) erlebt haben. Dadurch entsteht ein einfacher und übersichtlicher Parameter, der in Beziehung gesetzt wurde zu den vier verschiedenen Symptomverlaufsgruppen (Faktor I bis IV, vgl. Kapitel 5.5.2).
Die Abb. 29 zeigt den Ereignisschwerpunkt (mehr positive, gleichviel positive wie negative, mehr negative Ereignisse) in Beziehung zur Symptomatik (Faktor I und Faktor II).

Faktor I entspricht der Einteilung aller 103 Patienten nach der Richtung der Symptomveränderung (dem Trend) in verbesserten, gleichbleibenden und verschlechterten Gesundheitszustand der Patienten.
Faktor II entspricht der Einteilung aller Patienten nach dem durchschnittlichen Symptomniveau in durchschnittlich niedrige, mittlere oder hohe Symptomatik während des Gesamtverlaufes von Entlassung bis Katamnese.

Abbildung 29: Zusammenhänge zwischen Ereignissen und Symptomatik
Alle Patienten

Der Ereignisschwerpunkt in Beziehung zur Symptomatik
Ereignisstichprobe: alle Ereignisse (Chi-Quadrat-Test)

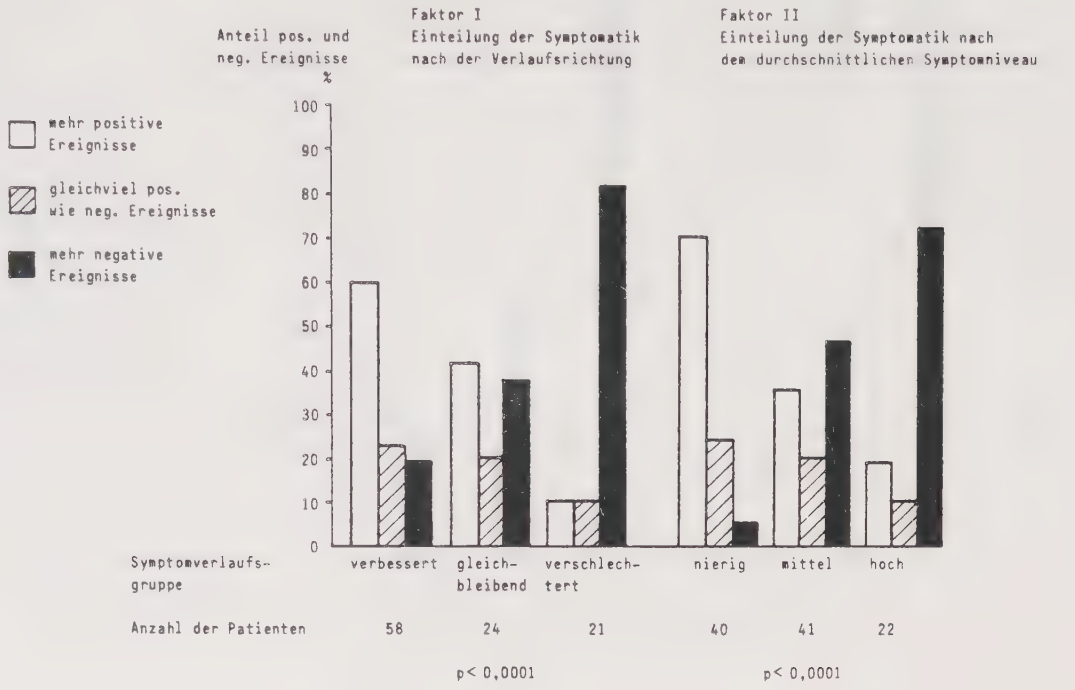


Abbildung 30: Zusammenhänge zwischen Ereignissen und Symptomatik

Anorexia nervosa

Der Ereignisschwerpunkt in Beziehung zur Symptomatik
Ereignisstichprobe: alle Ereignisse (Chi-Quadrat-Test)

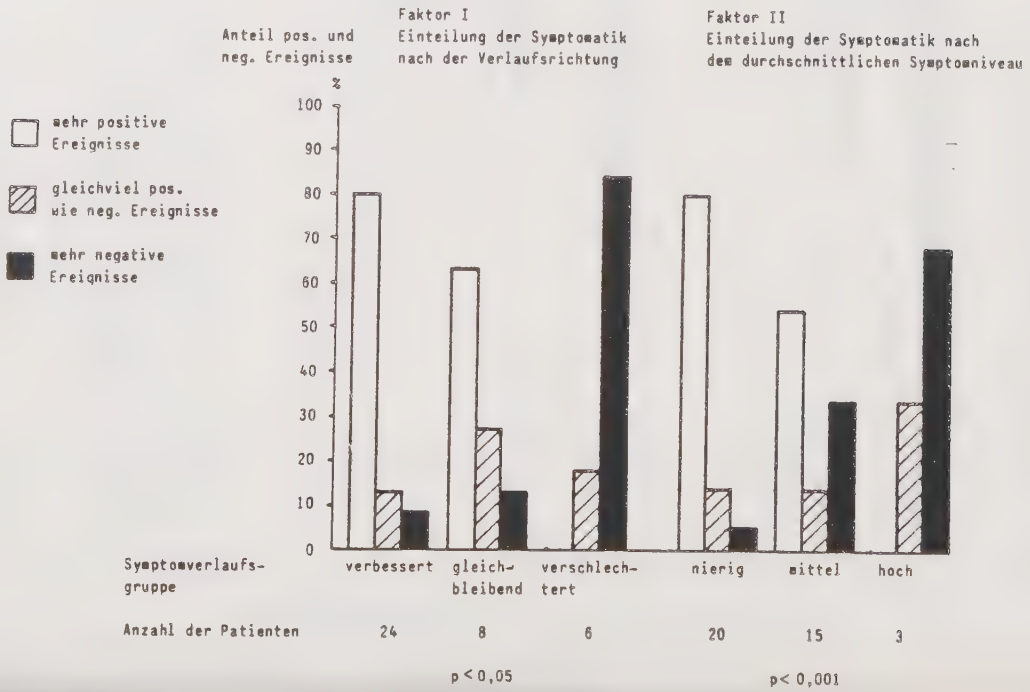
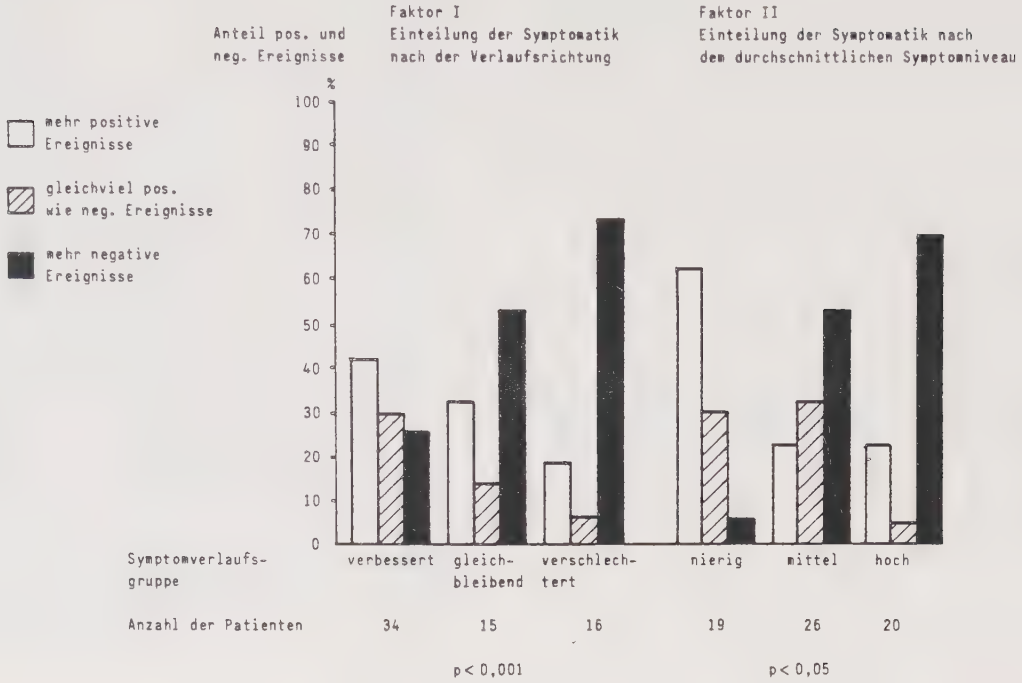


Abbildung 31: Zusammenhänge zwischen Ereignissen und Symptomatik
Zwangsneurosen

Der Ereignisschwerpunkt in Beziehung zur Symptomatik
Ereignisstichprobe: alle Ereignisse (Chi-Quadrat-Test)



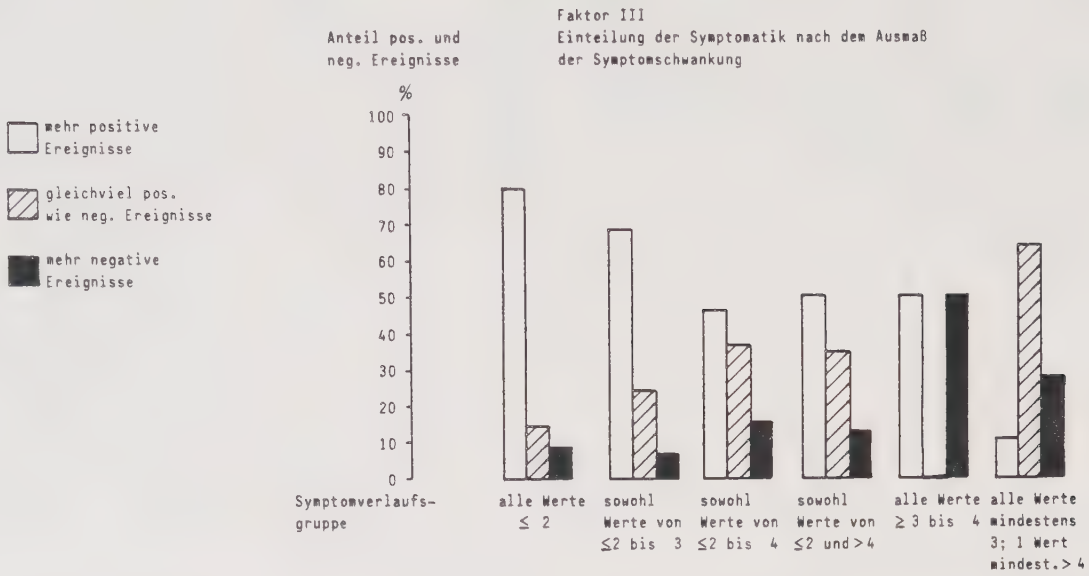
Die berechneten Chi-Quadrat-Tests sind hoch signifikant. Die Patientengruppe mit niedriger durchschnittlicher Symptomatik und die Patientengruppe mit Symptomverbesserung im Verlauf hat mehr positive als negative Ereignisse erlebt, während die Patientengruppe mit hoher durchschnittlicher Symptomatik und die Patientengruppe mit Symptomverschlechterung im Verlauf mehr negative als positive Ereignisse erlebt hat. Das Ergebnis ändert sich auch nicht, wenn die Anzahl der Ereignisse pro Person und die unterschiedliche Katamneselänge berücksichtigt werden. Ein der Gesamtstichprobe entsprechendes Ergebnis findet man auch, wenn Patienten mit Anorexia nervosa und Zwangsneurosen getrennt analysiert werden (s. Abb. 30 und 31). (Unterschiede zwischen den Diagnosen zeigen sich bei der Patientengruppe mit gleichbleibender Symptomatik und der Patientengruppe mit mittelhoher Symptomatik. Während bei Patienten mit Anorexia nervosa bei diesen Gruppen noch positive Ereignisse überwiegen, treten bei Patienten mit Zwangsneurosen bereits negative Ereignisse häufiger auf).

Wie in Kapitel 6.1.2 mit Hilfe der Graphiken gezeigt wurde, bleiben bei der Einteilung der Symptomverläufe in wenige Untergruppen verschiedene individuelle Charakteristika der Symptomkurven unberücksichtigt, so daß teilweise sehr heterogene Verläufe zu einer Gruppe zusammengefaßt werden. Deshalb wurden die Symptomverlaufskurven noch einmal nach zwei weiteren Gesichtspunkten sortiert, wobei allerdings nicht alle Patienten einbezogen werden konnten (Faktor III, N = 87; Faktor IV, N = 93).
Welche zusätzlichen Informationen liefern diese beiden Gruppierungen der Symptomverläufe?
Betrachten wir zunächst Abb. 32:

Faktor III entspricht der Einteilung der Symptomkurve in 6 Untergruppen, die Bereiche definieren, in denen sich die Extremwerte der Symptomatik im Verlauf von Entlassung bis Katamnese bewegen dürfen.
Faktor IV entspricht der Einteilung der Symptomverläufe nach visueller Ähnlichkeit.

Abbildung 32: Zusammenhänge zwischen Ereignissen und Symptomatik
Alle Patienten

Der Ereignisschwerpunkt in Beziehung zur Symptomatik
Ereignisstichprobe: alle Ereignisse (Chi-Quadrat-Test)



Schema des Geltungsbereiches der 3. Untersuchungsgruppe: Bereiche der 6 Untergruppen, in denen sich die Extremwerte bewegen dürfen.

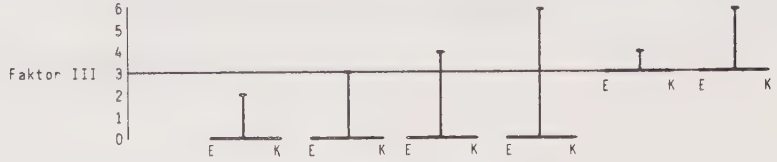
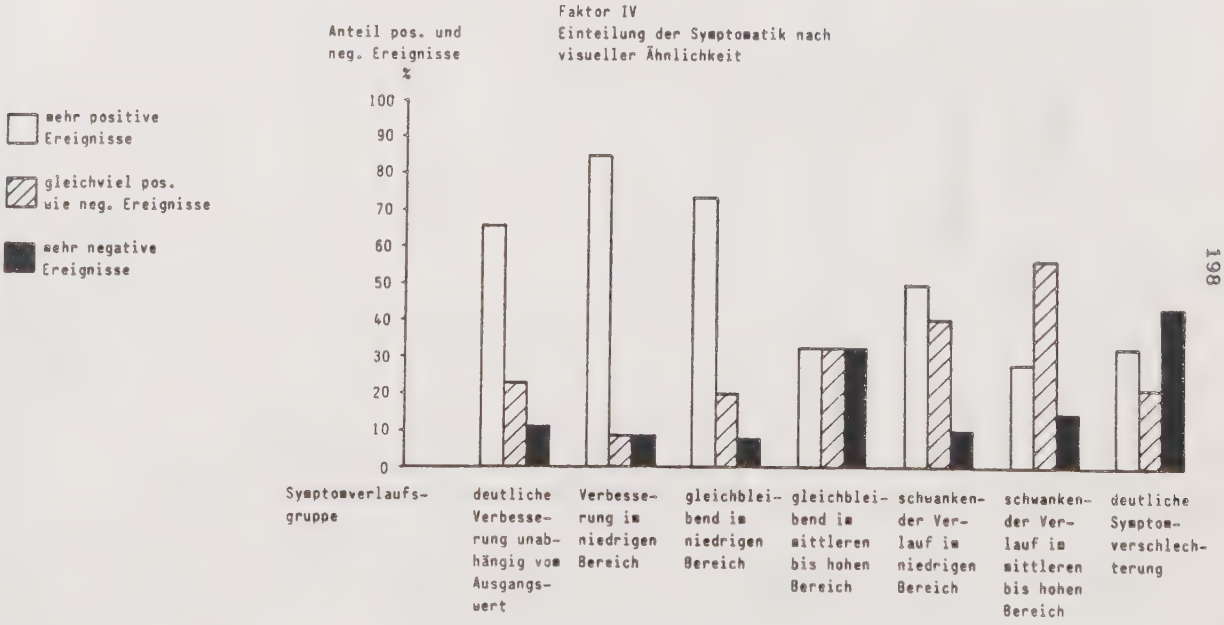


Abbildung 33: Zusammenhänge zwischen Ereignissen und Symptomatik
Alle Patienten

Der Ereignisschwerpunkt in Beziehung zur Symptomatik
Ereignisstichprobe: alle Ereignisse (Chi-Quadrat-Test)



Patienten, die im Verlauf der Katamnese längerfristig oder auch nur punktuell Symptomfreiheit oder niedrige Symptomwerte erreicht haben, erlebten mehr positive als negative Ereignisse unabhängig davon, welche Symptomverschlechterungen auftraten (Untergruppen 1 bis 4). Patientengruppen, deren Symptomatik während des gesamten Verlaufes keine niedrigen Symptomwerte erreichte, haben eher gleichhäufig positive wie negative Ereignisse erlebt. Dieses Ergebnis steht nicht in Übereinstimmung zu der Verteilung der positiven und negativen Ereignisse in Faktor II, bei dem ein deutliches Überwiegen negativer Ereignisse über die positiven für die hohe Symptomgruppe festgestellt werden konnte.

Betrachten wir zum Vergleich die Ereignisse des Faktors IV Abb. 33 zeigt die Zusammenfassung der Symptomverläufe nach visuellen Kriterien der Ähnlichkeit. Bis auf die Untergruppen 5 und 6, die unregelmäßige Symptomverläufe auf unterschiedlichem Symptomniveau zusammenfassen und für die kein einheitliches Ordnungsprinzip gefunden wurde, zeichnen sich die übrigen Untergruppen durch große Homogenität aus, so daß keine Fehlzuordnungen vorkommen, wie sie bei den anderen Faktoren zu befürchten sind. Hier zeigt sich in Übereinstimmung mit den vorherigen Berechnungen, daß Patienten mit deutlicher Symptomverbesserung (mindestens 3 Wertpunkte der Symptomskala) und Patienten mit überwiegend niedriger Symptomatik im Verlauf mehr positive als negative Ereignisse erlebten, unabhängig davon, ob die Symptomkurve innerhalb des niedrigen Symptombereiches geradlinig verläuft, sich verbessert, innerhalb dieser Grenzen sich verschlechtert oder unregelmäßig verläuft (Untergruppen 1, 2, 3, 5).
Die Patientengruppen, deren Verlaufskurven im Bereich deutlicher bis extrem starker Symptomatik liegen, haben eher gleichviel positive wie negative Ereignisse erlebt (Untergruppe 4 und 6). Dieses Ergebnis entpricht dem

Ergebnis von Faktor III. Jedoch für eine Patientengruppe (Untergruppe 7) kann in Übereinstimmung mit Faktor I festgestellt werden, daß mehr negative als positive Ereignisse aufgetreten sind. Es handelt sich um Patienten, bei denen während der Katamnese eine deutliche Verschlechterung (um 3 Wertpunkte und mehr der Symptomskala) aufgetreten ist.

Zusammenfassung

Vier verschiedene Sortierungen der Symptomverläufe (Faktoren I bis IV) wurden in Beziehung gesetzt zu den im Katamnesezeitraum aufgetretenen Ereignissen. Berücksichtigt wurde nicht die absolute Anzahl der Ereignisse, sondern der Ereignisschwerpunkt. Der Ereignisschwerpunkt gibt an, welche Ereignisqualität pro Symptomverlaufsgruppe im Verlauf der Katamnese überwiegend aufgetreten ist (mehr positive als negative; mehr negative als positive oder gleich viel positive wie negative Ereignisse). Alle berechneten Chi-Quadrat-Tests waren signifikant.

Zusammenfassend für alle vier Faktoren läßt sich sagen, daß deutliche kontinuierliche Symptomverbesserungen (3 Wertpunkte und mehr) und anhaltende niedrige Symptomatik (unabhängig von Schwankungen und der Verlaufsrichtung im Bereich niedriger Symptomatik) mit einem Überwiegen positiver Ereignisse über die Anzahl negativer Ereignisse verbunden sind. Mit der Höhe der Symptomatik nimmt die Anzahl positiver Ereignisse ab und der relative Anteil negativer Ereignisse zu. Patientengruppen mit deutlicher bis starker Symptomatik, die während der gesamten Katamnese keine niedrigen (auch nicht sporadisch) Symptomwerte erreichen, haben gleich viel positive wie negative Ereignisse erlebt.

Ein Überwiegen negativer Ereignisse über die Anzahl positiver Ereignisse findet man nur für die Patientengruppe, deren Symptomatik sich im Verlauf der Katamnese deutlich verschlechtert.

6.3.2 Die Bedeutung einzelner Ereignisparameter

Die bisher dargestellten Analysen über die Relation von positiven zu negativen Ereignissen bezogen sich auf alle erhobenen Items, ohne daß weitere Spezifizierungen der Ereignisse vorgenommen wurden.
Dieses Vorgehen ist durchaus üblich. Die Mehrzahl der gegenwärtigen Life-Event-Forscher bezieht nicht einmal positive Ereignisse ein, sondern untersucht Zusammenhänge zwischen negativen Ereignissen und Krankheiten, ohne detailliertere Analysen vorzunehmen. Als unentschieden gilt auch nicht zuletzt aus diesem Grund immer noch die Kontroverse, welche Aspekte der Ereignisse pathogen wirken bzw. streßverursachend sind.
Während ein Teil der Autoren meint, daß die "Erwünschtheit" der Ereignisse der ausschlaggebende Faktor ist (Brown 1974; Gersten et al., 1977; Mueller et al., 1977), meinen andere Autoren (Holmes/Rahe 1967), daß die Qualität der Ereignisse sekundär ist und daß lediglich eine Erhöhung der Anzahl der Ereignisse in einem definierten Zeitraum zur Erklärung der Krankheitsauslösung ausreicht.

Als Beitrag zu dieser Kontroverse sollen im folgenden negative Ereignisse getrennt, positive Ereignisse getrennt und die Gesamtanzahl der Ereignisse ohne Berücksichtigung der Qualität analysiert werden, um zu prüfen, welcher Ereignisparameter besonders deutlich zwischen den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen unterscheidet.
Aufgrund der Patientenbeurteilungen liegen Angaben über Anzahl, Qualität, Gewichtung und Dauer der Ereignisse

vor. Darüber hinaus wurden von der Untersucherin eine Reihe von Kodierungen und Apriori-Definitionen vorgenommen (vgl. Kapitel 5.5.3), die es ermöglichen, noch weitere unterschiedliche Gesichtspunkte bei den Ereignissen zu berücksichtigen wie die Unterscheidung in: a) "chronische Belastungen" (z.B. ein behindertes oder krankes Familienmitglied, chronische sexuelle Schwierigkeiten, Partnerprobleme, die bereits vor der Aufnahme aufgetreten sind und nach Entlassung noch weiter bestehen), b) "Spannungen und Schwierigkeiten bzw. Verbesserungen und Intensivierung von Beziehungen" (Veränderungen, die im Gegensatz zu den chronischen Belastungen erst während der Katamnese auftraten oder sich in diesem Zeitraum veränderten), c) "objektive potentiell überprüfbare Ereignisse" (wie Heirat, Scheidung, Berufswechsel) (vgl. Kap. 2.3.4).
Zusätzlich zu diesen drei unterschiedlichen Ereignisarten wurde noch ein weiteres, wichtiges Unterscheidungskriterium in dieser Untersuchung erhoben, die Schätzung der Symptomabhängigkeit eines Ereignisses (vgl. Kap. 2.3.3). Bei Selbstbeurteilungslisten wird der Einfluß der Symptomatik meistens nicht berücksichtigt (vgl. Kritik Kap. 2.1.2), was dazu führt, daß das Ausmaß der Konfundierung zwischen Ereignissen und Symptomatik nicht kontrolliert werden kann.
Sexuelle Schwierigkeiten oder Spannungen mit dem Partner sind vermutlich häufig durch die Symptomatik des Patienten bedingt, müssen es aber nicht notwendig sein. Andererseits können Berufswechsel oder Ortswechsel durchaus durch die Symptomatik ausgelöst werden.

Aufgrund der vorliegenden Kodierungen lassen sich unterschiedliche Ereignisstichproben bilden. Hier sollen die Ereignisparameter, Anzahl positiver Ereignisse, Anzahl negativer Ereignisse, Anzahl der Ereignisse insgesamt für folgende fünf Versionen dargestellt werden:

1. Alle Ereignisse ohne weitere Selektion,
2. nur objektive Ereignisse inklusive symptombedingter Ereignisse,
3. nur objektive Ereignisse ohne symptombedingte Ereignisse,
4. Spannungen und Schwierigkeiten bzw. Verbesserung/ Intensivierung von Beziehungen, aber keine objektiven Ereignisse und keine chronischen Belastungen,
5. chronische Belastungen, aber keine Spannungen und Schwierigkeiten und keine objektiven Ereignisse.

Die Einteilung der Symptomverläufe erfolgte nach den bereits bekannten Kriterien: Richtung der Symptomveränderung (Faktor I) und durchschnittliches Symptomniveau (Faktor II).
Es wurden zweifaktorielle Varianzanalysen errechnet. Berichtet werden nur auffällige Haupteffekte der beiden Faktoren. Die Wechselwirkung zwischen den beiden Faktoren war in keinem Fall signifikant. Tabelle 13 zeigt im Überblick die signifikanten Ergebnisse der einzelnen Ereignisparameter für die verschiedenen Versionen.
Im folgenden soll jedoch nur auf einzelne, interessierende Parameter näher eingegangen werden wie die Anzahl negativer Ereignisse, die Anzahl positiver Ereignisse, die Differenz positiver minus negativer Ereignisse und die Anzahl der Ereignisse insgesamt.
Die Einbeziehung der Gewichtung änderte die Ergebnisse nicht und wird deshalb nicht ausführlicher dargestellt.

Tabelle 13: Übersichtstabelle signifikanter Ergebnisse

Varianzanalyse: Ereignisparameter in Beziehung zur Symptomatik (Faktor I und Faktor II)
Faktor I: Einteilung der Symptomatik nach der Verlaufsrichtung
Faktor II: Einteilung der Symptomatik nach dem durchschnittlichen Symptomniveau

* p <0,05
** p <0,01
*** p <0,001

Ereignisparameter	alle Ereignisse		nur objektive Ereignisse inkl. symptombedingter Ereignisse		objektive Ereignisse keine symptombedingten Ereignisse		nur Spannungen/ Schwierigkeiten		nur chronische Belastungen	
	Faktor I	Faktor II	Faktor I	Faktor II	Faktor I	Faktor II	Faktor I	Faktor II	Faktor I	Faktor II
Anzahl positiver Ereignisse	***	***	***	***	***	***	**			
Anzahl positiver Ereign. gewichtet	***	***	**	**	**	***	**			
Dauer positiver Ereignisse	**	**		*		**	*			
Dauer positiver Ereign. gewichtet	*	**		*		**				
Anzahl negativer Ereignisse										***
Anzahl negativer Ereign. gewichtet		*								***
Dauer negativer Ereignisse		***			*			***		***
Dauer negativer Ereign. gewichtet		***	*		*			***		***
Differenz zw. pos. u. neg. Ereignissen	***	***	***	**	**	**	**			
Diff. zw. pos. u. neg. Ereignissen gewichtet	***	***	**	*	**	*	**	*		
Diff. d. Dauer zw. pos. u. neg. Ereignissen	**	***	*	**	*	**		*		
Diff. d. Dauer zw. pos. u. neg. Ereignissen gewichtet	**	***	*	*	*	**		**		

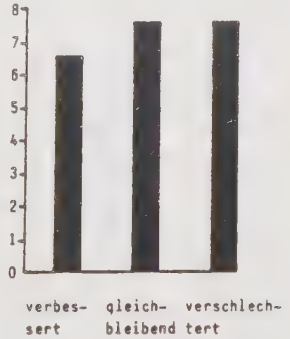
6.3.2.1 Die Anzahl negativer Ereignisse in Beziehung zur Symptomatik

Besonders unerwartet ist das Ergebnis für die Anzahl negativer Ereignisse. "Objektive, negative Ereignisse" trennen nicht zwischen den Symptomverlaufsgruppen unabhängig davon, ob symptombedingte Ereignisse einbezogen werden oder nicht. Auch "Spannungen und Schwierigkeiten" treten in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen nicht unterschiedlich häufig auf (vgl. Abb. 34 und Tab. Anhang E).
Das bedeutet, Patienten mit einer Symptomverschlechterung während der Katamnese oder durchschnittlich hohem Symptomniveau waren nicht häufiger "objektiven, negativen Lebensbedingungen" ausgesetzt als gesunde Patienten oder Patienten mit Symptomverbesserung.
Eine Ausnahme bilden die "chronischen Belastungen" bezogen auf Faktor II: Kranke unterscheiden sich von gesünderen Patienten signifikant durch die Anzahl "chronischer Belastungen", unter denen sie leiden. "Chronische Belastungen" stehen nicht mit Symptomveränderung (Faktor I) im Zusammenhang, sondern sind charakteristisch für Patienten, die im gesamten Verlauf von Entlassung bis Katamnese durchschnittlich unter deutlicher bis hoher Symptomatik zu leiden haben (Faktor II).
Wie jedoch im Kapitel 6.2.4 dargestellt wurde, stehen 76 % der "chronischen Belastungen" im Zusammenhang mit der Symptomatik, d.h. sie wurden durch die Symptomatik hervorgerufen oder durch sie verstärkt oder aufrechterhalten.
"Chronische Belastungen" sind per definitionem Probleme, die bereits vor Aufnahme aufgetreten sind und zum Zeitpunkt der Entlassung noch bestanden, z.B. langjährige Partnerprobleme, chronische Spannungen am Arbeitsplatz, das Fehlen von Freizeitaktivitäten. Sie gehören nicht zu dem engen Kreis der diagnosespezifischen Symptomatik bei

Abbildung 34a: Zusammenhänge zwischen Ereignissen und Symptomatik
Die Beziehung negativer Ereignisse zur Symptomatik

Faktor I: Einteilung der Symptomverläufe von Entlassung bis Katamnese nach der Verlaufsrichtung

Mittelwerte Anzahl neg. Ereignisse — alle Ereignisse

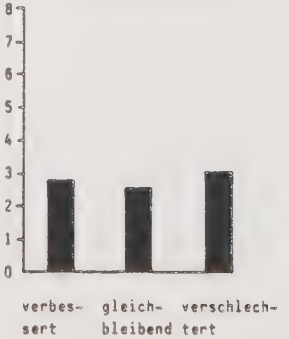


p > 0,05

Mittelwerte Anzahl neg. Ereignisse — Ereignisauswahl: nur objektive aber auch symptombedingte Ereignisse

p > 0,05

Mittelwerte Anzahl neg. Ereignisse — Ereignisauswahl: nur objektive Ereignisse, keine symptombedingten Ereignisse



p > 0,05

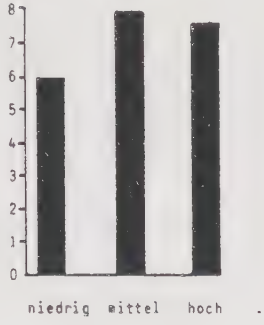
Mittelwerte Anzahl neg. Ereignisse — Ereignisauswahl: nur Spannungen und Schwierigkeiten

Mittelwerte Anzahl neg. Ereignisse — Ereignisauswahl: nur chronische Belastungen

Abbildung 34b: Zusammenhänge zwischen Ereignissen und Symptomatik
Die Beziehung negativer Ereignisse zur Symptomatik

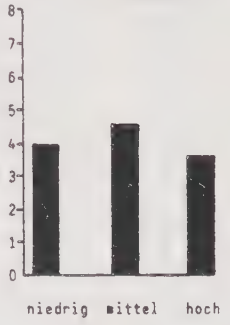
Faktor II: Einteilung der Symptomverläufe von Entlassung bis Katamnese nach dem durchschnittlichen Symptomniveau

Mittelwerte Anzahl neg. Ereignisse — alle Ereignisse



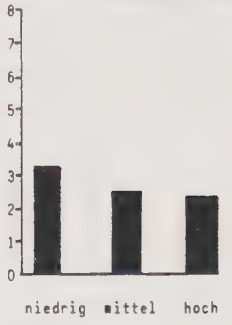
p > 0,05

Mittelwerte Anzahl neg. Ereignisse — Ereignisauswahl: nur objektive aber auch symptombedingte Ereignisse



p > 0,05

Mittelwerte Anzahl neg. Ereignisse — Ereignisauswahl: nur objektive Ereignisse, keine symptombedingten Ereignisse



p > 0,05

Mittelwerte Anzahl neg. Ereignisse — Ereignisauswahl: nur Spannungen und Schwierigkeiten

p > 0,05

Mittelwerte Anzahl neg. Ereignisse — Ereignisauswahl: nur chronische Belastungen

p < 0,001

Patienten mit Anorexia nervosa und Zwangsneurosen und werden deshalb vielleicht zu selten in die Therapie einbezogen.
Patienten, die zum Zeitpunkt der Entlassung noch unter zwei oder mehr "chronischen Belastungen" leiden, scheinen besonders gefährdet zu sein; sie gehören signifikant seltener zu den durchschnittlich gesünderen Patienten. 82,5 % der Patienten mit niedrigem durchschnittlichen Symptomniveau hatten zum Zeitpunkt der Entlassung keine oder höchstens eine "chronische Belastung". (vgl. Anhang E)

In dieser Untersuchung wurde für die Ermittlung der Ereignisse pro Gruppe das Additionsverfahren verwendet. Brown (1973) dagegen definiert den Belastungsgrad einer Person nach dem Schwellenprinzip, wobei bereits das Auftreten eines einzigen, schwerwiegenden Ereignisses in einem definierten Zeitraum genügt, um eine Person als belastet anzusehen.
Um zu prüfen, ob die Verwendung des Additionsverfahrens zur Verschleierung spezifischer Effekte besonders schwerwiegender, objektiver, negativer Ereignisse in dieser Untersuchung führte, wurde in Anlehnung an das Schwellenprinzip nach Brown die Anzahl der Personen, die besonders schwerwiegende negative Ereignisse erlebt haben, für die unterschiedlichen Symptomverlaufsgruppen ermittelt; dabei wurden verschiedene Schwellen (mindestens ein Ereignis oder mindestens drei Ereignisse) und unterschiedliche Schweregrade der Ereignisse berücksichtigt.
Die Chi-Quadrat-Tests für die Kreuztabellen mit den Variablen belasteter gegenüber nicht belasteter Personen in Bezug zur Symptomatik erbrachten in keinem Fall signifikante Ergebnisse (siehe Tabellen Anhang E).
Die Verwendung unterschiedlicher Verfahren zur Ermittlung des Belastungsgrades durch Ereignisse verändert folglich das Ergebnis nicht: die Anzahl "objektiver, negativer"

Ereignisse (mit oder ohne Berücksichtigung der Gewichtung) trennt nicht zwischen kranken und gesunden Patienten.

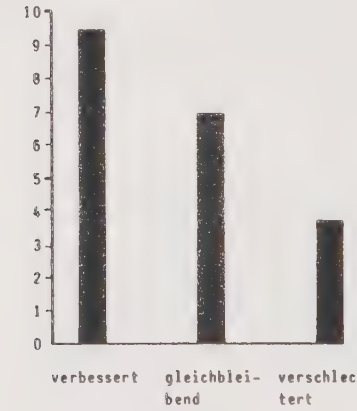
6.3.2.2 Die Anzahl positiver Ereignisse in Beziehung zur Symptomatik

Die Verteilung der Anzahl positiver Ereignisse auf die Symptomverlaufsgruppen des ersten und zweiten Faktors entsprechen den Erwartungen (siehe Abb. 35 und Tabellen Anhang E).
Die Verteilung positiver Ereignisse auf Patientengruppen mit unterschiedlichen Symptomverläufen zeigt ein einheitliches Bild für alle Ereigniskonstellationen. (Alle Ereignisse; objektive, aber auch symptombedingte Ereignisse; nur objektive Ereignisse, ohne symptombedingte Ereignisse, Intensivierung/Verbesserung von Beziehungen und Kontakten bzw. Abnahme von Spannungen und Schwierigkeiten).
Je größer die Anzahl positiver Ereignisse, um so gesünder ist der Patient im Durchschnitt und um so häufiger gehört er zu der Gruppe der Patienten mit Symptomverbesserung im Verlauf.
Mit der Intensität der Symptomatik nimmt die Anzahl positiver Ereignisse ab. Patienten mit Symptomverschlechterung im Verlauf haben deutlich weniger positive Ereignisse erlebt als Patienten mit gleichbleibender Symptomatik und diese wiederum haben deutlich weniger positive Ereignisse erlebt als Patienten mit Symptomverbesserung im Verlauf.
Der Unterschied der Anzahl positiver Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen ist hoch signifikant ($p < 0{,}001$).
"Verbesserungen/Intensivierungen von Beziehungen bzw. Abnahme von Spannungen und Schwierigkeiten" treten

Abbildung 35a: Zusammenhänge zwischen Ereignissen und Symptomatik
Die Beziehung positiver Ereignisse zur Symptomatik

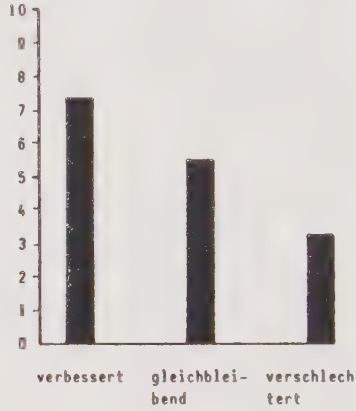
Faktor I: Einteilung der Symptomverläufe von Entlassung bis Katamnese nach der Verlaufsrichtung

Mittelwerte Anzahl pos. Ereignisse — alle Ereignisse



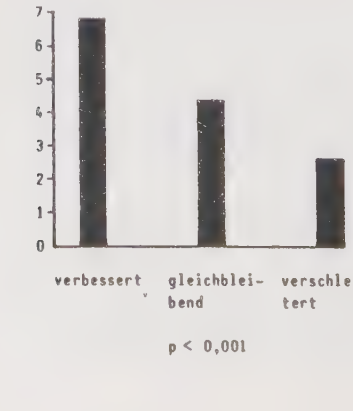
$p < 0{,}001$

Mittelwerte Anzahl pos. Ereignisse — Ereignisauswahl: nur objektive aber auch symptombedingte Ereignisse



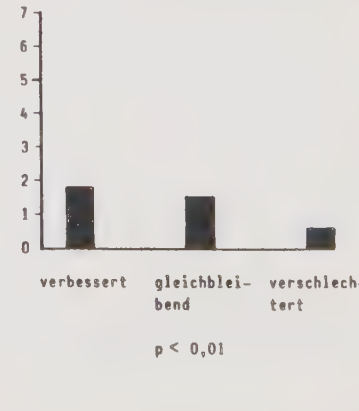
$p < 0{,}001$

Mittelwerte Anzahl pos. Ereignisse — Ereignisauswahl: nur objektive Ereignisse, keine symptombedingten Ereignisse



$p < 0{,}001$

Mittelwerte Anzahl pos. Ereignisse — Ereignisauswahl: nur Intensivierung bzw. Verbesserung von Beziehungen

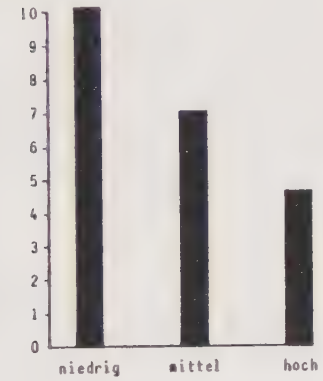


$p < 0{,}01$

Abbildung 35b: Zusammenhänge zwischen Ereignissen und Symptomatik
Die Beziehung positiver Ereignisse zur Symptomatik

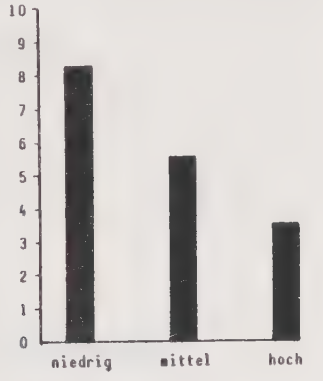
Faktor II: Einteilung der Symptomverläufe von Entlassung bis Katamnese nach dem durchschnittlichen Symptomniveau

Mittelwerte Anzahl pos. Ereignisse — alle Ereignisse



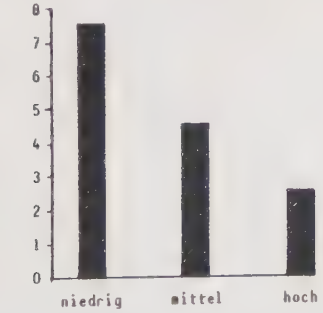
$p < 0{,}001$

Mittelwerte Anzahl pos. Ereignisse — Ereignisauswahl: nur objektive aber auch symptombedingte Ereignisse



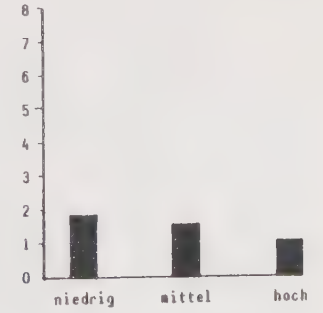
$p < 0{,}001$

Mittelwerte Anzahl pos. Ereignisse — Ereignisauswahl: nur objektive Ereignisse, keine symptombedingten Ereignisse



$p < 0{,}001$

Mittelwerte Anzahl pos. Ereignisse — Ereignisauswahl: nur Intensivierung bzw. Verbesserung von Beziehungen



$p > 0{,}05$

signifikant ($p < 0,001$) häufiger bei Patienten mit Symptomverbesserung auf als bei Patienten mit Symptomverschlechterungen. Positive Ereignisse dieser Kategorie differenzieren also zwischen Patienten, deren Symptomatik sich durch die Verlaufsrichtung unterscheidet, sie differenzieren jedoch nicht signifikant zwischen Patienten mit niedrigem und Patienten mit hohem durchschnittlichen Symptomniveau.
Das Ergebnis für die Ereigniskategorie "objektive Ereignisse" verändert sich nicht, wenn symptombedingte Ereignisse isoliert werden. Die Mittelwertunterschiede sind ähnlich deutlich (vgl. Anhang E). Der Einfluß der Symptomatik auf die Ereigniskategorie objektive Ereignisse ist demnach von sekundärer Bedeutung.

6.3.2.3 Die Differenz zwischen positiven und negativen Ereignissen in Bezug zur Symptomatik

Die Relation von positiven zu negativen Ereignissen ausgedrückt durch die Differenz zwischen positiven und negativen Ereignissen unterscheidet deutlich zwischen den Symptomgruppen, wie aus der Überblickstabelle signifikanter Ergebnisse zu ersehen ist (Tab. 13).

Abb. 36a zeigt die Differenz zwischen positiven und negativen Ereignissen für die unselegierte Ereignisstichprobe (alle Ereignisse ohne weitere Differenzierung) und Abb. 36b für die Ereignisstichprobe, die nur objektive Ereignisse, die nicht durch die Symptomatik bedingt sind, berücksichtigt, d.h. alle Beziehungsereignisse wie "Spannungen und Schwierigkeiten" oder "Intensivierung und Verbesserung der Beziehung" und "chronische Belastungen" sind aussortiert ebenso alle Ereignisse, die durch die Symptomatik ausgelöst wurden oder mit ihr in Zusammenhang stehen.

Abbildung 36a: Die Differenz positiver minus negativer Ereignisse in Beziehung zur Symptomatik (Faktor I und II)

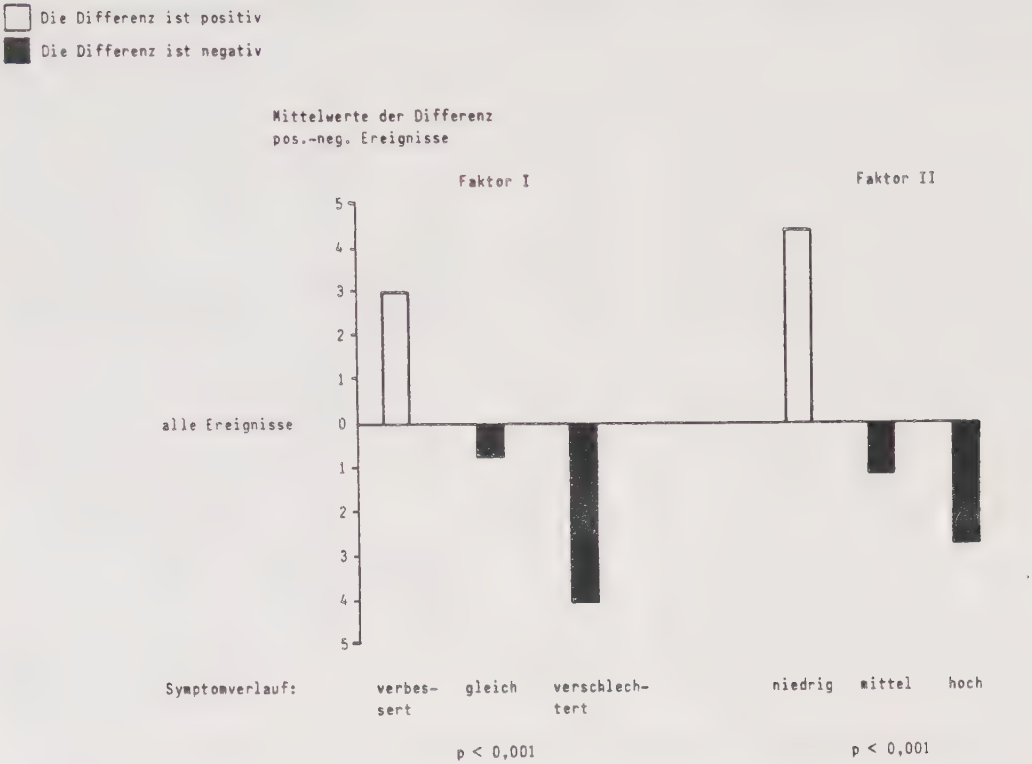
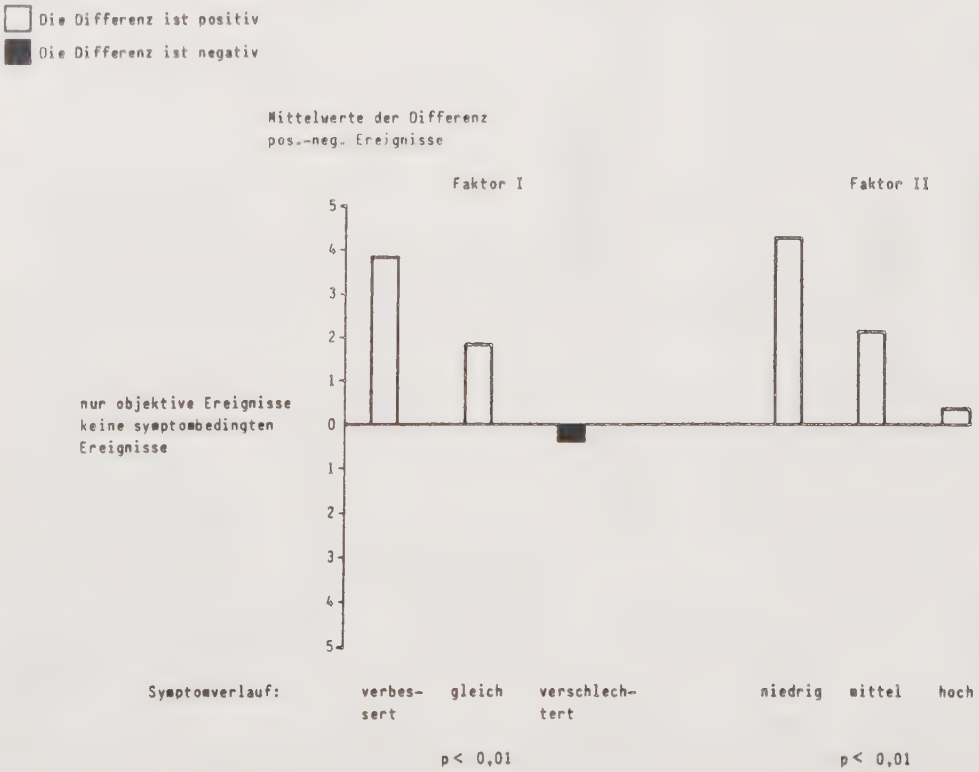


Abbildung 36b: Die Differenz positiver minus negativer Ereignisse in Beziehung zur Symptomatik (Faktor I und II)



Der Vergleich der beiden Abbildungen verdeutlicht (vgl. auch Mittelwerte Anhang E), daß bei Patienten mit Symptomverschlechterung im Verlauf negative Ereignisse überwiegen (Tab. 36a), daß jedoch ein großer Teil dieser negativen Ereignisse "Spannungen und Schwierigkeiten" und "chronische Belastungen" sind, die bei der Ereignisstichprobe mit nur "objektiven Ereignissen" fehlen.

Die strenge Selektion objektiver und nicht symptombedingter Ereignisse (Tab. 36b) zeigt nur noch für Patienten mit Symptomverschlechterung ein minimales Überwiegen der Anzahl negativer Ereignisse über die Anzahl positiver Ereignisse.
Es zeigt sich darüber hinaus, daß sogar ein geringfügiges Überwiegen der Anzahl positiver Ereignisse über die Anzahl negativer Ereignisse noch mit Krankheit verbunden sein kann.
Erst ein deutliches Überwiegen objektiver, positiver über die Anzahl objektiver, negativer Ereignisse ist mit niedriger Symptomatik oder Symptomverbesserung verbunden.

6.3.2.4 Die Gesamtanzahl der Ereignisse in Beziehung zur Symptomatik

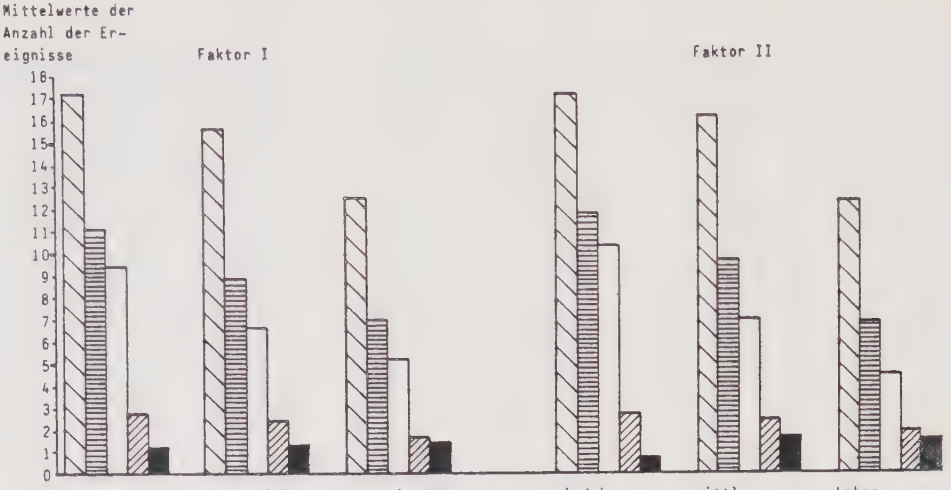
Holmes und Masuda (1974); Rahe (1968, 1978) u.a. haben gezeigt, daß Häufungen lebensverändernder Ereignisse ohne Berücksichtigung der Qualität in einem definierten Zeitraum vor dem Beginn einer körperlichen oder psychischen Erkrankung auftreten. Die Veränderung an sich sei streßreich und erfordere auch bei positiven Ereignissen eine erhöhte Anpassungsleistung (siehe Kritik dieses Konzeptes in Kapitel 2.1.2). Nach dieser Theorie müßten Patienten mit hoher Symptomatik und Patienten mit Symptomverschlechterung im Verlauf mehr Ereignisse erlebt haben als gesündere Patienten.

Die Übersichtstabelle (Tab. 13) der signifikanten Ergebnisse zeigt, daß "chronische Belastungen" und "objektive Ereignisse" signifikant zwischen den Symptomverlaufsgruppen trennen.
Vgl. auch Abb. 37, sie zeigt die Einteilung der Patienten nach den zwei bekannten Kriterien, Faktor I und Faktor II, in unterschiedliche Symptomverlaufsgruppen.

Pro Gruppe sind die Mittelwerte der Anzahl der Ereignisse dargestellt, und zwar getrennt für die fünf verschiedenen Ereignisstichproben: alle Ereignisse; nur objektive Ereignisse inkl. symptombedingter Ereignisse; nur objektive Ereignisse ohne symptombedingte Ereignisse; Spannungen und Schwierigkeiten bzw. Verbesserung/Intensivierung von Kontakten; chronische Belastungen.

Das Ergebnis steht im Widerspruch zu dem Konzept von Holmes und Rahe. Die Gesamtanzahl der Ereignisse nimmt mit der Intensität der Symptomatik nicht zu, sondern ab, und Patienten mit Symptomverschlechterung haben insgesamt eher weniger Ereignisse erlebt als Patienten mit Symptomverbesserung. Von der Tendenz her trifft das Ergebnis für alle Ereignisstichproben zu bis auf chronische Belastungen. Signifikant ist dieses Ergebnis nur für die Ereignisstichprobe, objektive Ereignisse, und dann auch nur bei allen Symptomverlaufsgruppen, wenn zusätzlich die symptombedingten Ereignisse eliminiert wurden.
Der nach der Theorie von Holmes und Rahe zu erwartende Effekt der Zunahme der Anzahl der Ereignisse mit der durchschnittlichen Symptomstärke trifft nur für chronische Belastungen zu; ein Ergebnis, das bereits durch die Analyse negativer Ereignisse bekannt ist.

Abbildung 37: Die Anzahl der Ereignisse (unabhängig von der Qualität) in Beziehung zur Symptomatik (Faktor I und II)



Anzahl der Personen	58	24	21	40	41	22
alle Ereignisse	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$
nur objektive, inkl. symptombedingte Ereign.	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$
nur objektive und nicht symptombed. Ereignisse	$p < 0,01$	$p < 0,01$	$p < 0,01$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$
nur Spannungen und Schwierigkeiten, Intensivierung und Verbesserung von Kontakten	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$
nur chronische Belastungen	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$

6.3.3 Gibt es Hinweise über die Richtung der Beziehung zwischen Lebensereignissen und dem Krankheitsverlauf?

Die Klärung eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen Lebensereignissen und dem Krankheitsausbruch ist für verschiedene Lebensereignisforscher in der "Onset-Forschung" (Katschnig 1980; Brown et al. 1973) eine zentrale Fragestellung.

So habe, nach Brown, die Zunahme der Lebensereignisse (ohne Berücksichtigung des Schweregrades) drei Wochen vor Krankheitsausbruch bei Schizophrenen und Depressiven einen auslösenden (triggernden) Effekt. Die Zunahme schwerwiegender, belastender Ereignisse, die bei Depressiven im Vergleich zu der Kontrollgruppe für das Jahr vor Krankheitsausbruch nachgewiesen werden konnten, hätten dagegen eine verursachende Wirkung.

Im Rahmen von Katamnese-Untersuchungen mit bereits erkrankten Personen kann die Frage nach einer ursächlichen Beziehung zwischen Lebensereignissen und Krankheit aus methodischen Erwägungen nicht geklärt werden.
Einen Hinweis auf die Richtung der Beziehung zwischen Lebensereignissen und der Symptomatik in dieser Untersuchung könnten nur Symptomverläufe geben, die dem Krankheitsausbruch vergleichbare, abrupte, ausgeprägte Symptomveränderungen aufwiesen, ohne daß vor oder nach der Veränderung größere Schwankungen aufträten.
Die Durchsicht der Symptomverläufe zeigt jedoch, daß stetige Symptomverläufe sehr häufig auftreten oder Symptomverläufe mit Schwankungen, die so dicht aufeinanderfolgen, daß sich ihre Effekte gegenseitig beeinflussen. Nur bei 12 Patienten traten abrupte Verbesserungen und nur bei 3 Patienen abrupte Verschlechterungen von mindestens 2 Wertpunkten oder mehr auf, die zusätzlich das

Kriterium eines veränderungsfreien Zeitraumes von mindestens 6 Monaten vor und nach der Veränderung erfüllten. Zusätzlich sollte der Zeitraum von Beginn der Veränderung bis zur erneuten Stabilisierung der Symptomatik möglichst gering gehalten werden.

Wegen der geringen Fallzahl bei abrupten Symptomverschlechterungen wurde die Auszählung der Ereignisse auf 12 Patienten mit Symptomverbesserungen beschränkt.
Es wurde die Anzahl positiver Ereignisse und die Anzahl negativer Ereignisse vor, während (simultan) und nach der deutlichen Symptomverbesserung ausgezählt und miteinander verglichen; dabei wurden zusätzlich verschiedene Schweregrade der Ereignisse berücksichtigt.

Die Auszählung ist wegen der geringen Fallzahl und verschiedener individueller Unterschiede der Symptomverlaufscharakteristika nur unter großem Vorbehalt zu beurteilen.
Wie aus den Tabellen (Anhang E) zu ersehen ist, konnte jedoch kein Hinweis auf einen kausalen Zusammenhang zwischen Ereignissen und der Symptomatik gefunden werden. Alle berechneten Chi-Quadrat-Tests sind nicht signifikant.
Aufgrund der vorliegenden Daten kann weder gesagt werden, daß Ereignisse die Symptomveränderung verursachen noch daß die Symptomveränderung Ursache für das Auftreten der Ereignisse ist.
Diese Fragestellung müßte in einer prospektiven Untersuchung geklärt werden.

Zusammenfassung

Als Beitrag zur Klärung der Frage, welche spezifische Ereignischarakteristika für Zusammenhänge zwischen Ereignissen und Krankheit bedeutsam sind, wurde die Anzahl negativer Ereignisse, die Anzahl positiver Ereignisse und die Differenz zwischen positiven und negativen Ereignissen sowie die Gesamtanzahl der Ereignisse ohne Berücksichtigung der Qualität analysiert.
Es wurden zweifaktorielle Varianzanalysen berechnet. Berücksichtigt wurde Faktor I (Einteilung der Patientengruppen nach dem Symptomverlauf in gebesserte, gleichbleibende und verschlechterte Symptomatik) und Faktor II (Einteilung der Patienten nach dem durchschnittlichen Symptomniveau).
Für jeden Ereignisparameter (z.B. Anzahl negativer Ereignisse) wurden verschiedene Versionen berechnet, die es ermöglichten, "objektive Ereignisse", "chronische Belastungen" und Beziehungsereignisse voneinander zu unterscheiden.
Die Unterscheidung in unterschiedliche Ereignisstichproben erwies sich als sinnvoll, wie die folgenden Ergebnisse zeigen.
Während "objektive" negative Ereignisse ohne Einfluß auf den Krankheitsverlauf sind, trifft dies für "chronische Belastungen" nicht zu:
Patienten mit Symptomverschlechterung im Katamneseverlauf oder mit durchschnittlich hohem Symptomniveau waren nicht häufiger "objektiven" negativen Lebensbedingungen ausgesetzt als gesunde Patienten oder Patienten mit Symptomverbesserungen.
Jedoch der Anteil negativer Ereignisse, die aufgrund ihres langjährigen Bestehens (Beginn vor stationärer Aufnahme) als "chronische Belastungen" eingestuft wurden, trennen signifikant ($p < 0{,}001$) Patienten mit durchschnittlich hohem Symptomniveau von Patienten mit durch-

schnittlich niedrigem Symptomniveau (Faktor II).
Sie haben jedoch keinen Einfluß auf die Verlaufsrichtung der Symptomatik (Faktor I).
Das Ergebnis veränderte sich auch nicht, wenn anstelle des Additionsverfahrens zur Bestimmung des Belastungsgrades durch negative Ereignisse das Schwellenprinzip nach Brown verwendet wurde.

Die Häufigkeit positiver Ereignisse steht in signifikanter Beziehung zum Verlauf der Symptomatik von Entlassung bis Katamnese.
"Objektive" positive Ereignisse treten signifikant häufiger ($p < 0{,}001$) bei durchschnittlich gesunden Patienten oder Patienten mit Symptomverbesserungen auf als bei Patienten mit Symptomverschlechterungen oder Patienten mit durchschnittlich hohem Symptomniveau.
Positive "Beziehungsereignisse" stehen in Zusammenhang mit der Richtung der Symptomveränderung (Faktor I), nicht jedoch mit dem durchschnittlichen Symptomniveau (Faktor II).
Die Relation von positiven zu negativen Ereignissen, ausgedrückt durch die Differenz zwischen positiven und negativen Ereignissen, trennt besonders gut zwischen den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen.
Sie wurde in zwei verschiedenen Versionen berechnet, einmal für die unselegierte Ereignisstichprobe (alle Ereignisse) und für die Ereigniskategorie nur "objektive und nicht symptombedingte Ereignisse".
Der Vergleich dieser beiden Versionen zeigt, daß bei der unselegierten Version Krankheit und Symptomverschlechterung mit einem Überwiegen negativer über die Anzahl positiver Ereignisse verbunden ist, während niedriges Symptomniveau und Symptomverbesserung mit einem Überwiegen positiver Ereignisse über die Anzahl negativer einhergeht.

Betrachtet man dagegen die Version "objektiver und nicht symptombedingter Ereignisse", so zeigt sich, daß gesundheitliches Wohlbefinden eines großen Überschusses positiver Ereignisse über die negativen bedarf.
Krankheit und Symptomverschlechterungen sind mit einer signifikanten Reduktion dieses positiven Ereignis-Überschusses verbunden, ohne daß es bei "objektiven" Ereignissen zum Überwiegen negativer über die positiven Ereignisse kommen muß.
Lediglich bei Patienten mit Symptomverschlechterung im Verlauf überwiegen "objektive" negative Ereignisse geringfügig über die positiven.

Läßt man die Qualität der Ereignisse (positive oder negative) unberücksichtigt, so zeigt sich, daß der Anteil objektiver und nicht symptombedingter Ereignisse signifikant mit der Höhe der Symptomatik abnimmt und daß Patienten mit Symptomverschlechterung signifikant weniger Ereignisse dieser Kategorie erlebt haben als Patienten mit Symptomverbesserung.

Ob die in dieser Untersuchung gefundenen korrelativen Zusammenhänge zwischen Ereignissen und Symptomatik auch kausale Beziehungen aufweisen, war nicht Fragestellung dieser Untersuchung und kann deshalb nicht beantwortet werden.
Einige untersuchte Einzelfälle erbrachten keinen Hinweis auf die kausale Bedeutung von Lebensereignissen.

6.4 Darstellung der Ereignisinhalte

6.4.1 Verlust-Gewinn-Ereignisse und Ereignisse verschiedener Lebensbereiche in Beziehung zur Symptomatik

Zur Prüfung der Frage, ob Verlustereignisse gehäuft bei Patienten mit durchschnittlich hohem Symptomniveau auftreten oder bei Patienten, deren Symptomatik sich im Verlauf der Katamnese verschlechtert hat, wurden insgesamt 4 dichotome Variablen zusammengestellt:
Verlust von Personen, Verlust in anderen Bereichen (Verlust "Sonstiges"), Gewinn von Personen (Hinzukommen einer Person in das soziale Feld) und Gewinn "Sonstiges".
Die Auswahl der Items, die diesen 4 Variablen zugeordnet worden sind, ist im Anhang A zusammengestellt. Für jeden Patienten ist die Möglichkeit "trifft zu" oder "trifft nicht zu" aus den vorliegenden Daten berechnet worden.
Die Variablen sind in Kreuztabellen jeweils mit den Faktoren Niveau (durchschnittliches Symptomniveau) und Änderung (Richtung der Symptomveränderung) in Beziehung gesetzt worden.
Alle dazu berechneten Chi-Quadrat-Tests waren nicht signifikant, unabhängig davon, ob alle Patienten untersucht wurden oder ob die Analyse getrennt nach Diagnosen erfolgte. Auch bei Berücksichtigung der unterschiedlichen Häufigkeit, mit der Gewinn- und Verlustereignisse bei einzelnen Personen auftreten können, zeigte sich kein Zusammenhang zwischen dem Symptomverlauf und den Ereignisvariablen. Die von Paykel (1974) gefundene Beziehung zwischen Verlustereignissen und Depression kann daher für Patienten mit Anorexia nervosa und Zwangsneurose nicht bestätigt werden.
Auch bei der Einteilung der Ereignisse nach den verschiedenen Lebensbereichen (Ausbildung/Beruf; Partnerbeziehung/Sexualität; Kinder/Schwangerschaft; Familie; Tod; Krankheit; Wohnung; Einkommen; Bekannte/Freundeskreis;

Freizeit; Gericht/Behörde) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede.
Zusammenfassend läßt sich sagen, daß in dieser Untersuchung keine Zusammenhänge zwischen spezifischen Ereigniskategorien (Verlust-Gewinnereignisse; Einteilung der Ereignisse nach Lebensbereichen) und unterschiedlicher Ausprägung der Symptomatik im Katamneseverlauf gefunden wurden.
Auf die Darstellung des ausführlichen Tabellenmaterials wird daher verzichtet.
Im folgenden deskriptiven Teil werden pro Diagnosegruppe häufig auftretende Ereignisse beschrieben.

6.4.2 Deskripitver Teil: Beschreibung der Ereignisse nach Diagnosegruppen getrennt

6.4.2.1 Häufige Ereignisse bei Patienten mit Anorexia nervosa

Von 1638 Ereignissen fallen 687 Ereignisse auf 38 Patienten mit der Diagnose Anorexia nervosa, das entspricht einem Mittelwert von N=18,1 bei einem durchschnittlichen Zeitraum von 4 1/2 Jahren.
Tabelle 14 zeigt die Verteilung der Ereignisse in den verschiedenen Lebensbereichen nach der Häufigkeit des Auftretens sortiert.
Die Bereiche "Ausbildung/Beruf", "Partnerbeziehung" und "Familienereignisse" zusammen machen 61 % aller aufgetretenen Ereignisse aus, gefolgt von Veränderungen im Freundeskreis und Wohnungswechsel mit einem Anteil von je 6,7 %.

Besonders selten vertreten sind die Ereignisse der Bereiche Gericht, Behörde, Kinder, Schwangerschaft, Todesfälle, Einkommen und Freizeitveränderung mit einem prozentualen Anteil von jeweils 2,7 %.

Tabelle 14: Verteilung der Ereignisse auf die verschiedenen Lebensbereiche bei Patienten mit Anorexia nervosa (N = 38)

Lebensbereiche	Anzahl der Ereignisse	Mittelwert
Ausbildung/Beruf	195	5,1
Partnerbeziehung	157	4,1
Kinder/Schwangerschaft	7	0,2
Familie	69	1,8
Tod	17	0,4
Krankheit	34	0,9
Wohnung	47	1,2
Einkommen	19	0,5
Bekanntenkreis/ Freundeskreis	46	1,2
Freizeit	18	0,5
Gericht/Behörde/ Haustier	8	0,2
Sonstiges	127	3,3
	744	

Betrachtet man nur die 10 häufigsten Ereignisse, so zeigt sich, daß das Item, Zunahme der Kontakte und des Freundeskreises, am meisten auftritt. Am zweithäufigsten kommt das Item "Beginn einer Partnerbeziehung mit sexuellem Kontakt" vor. Bei 17 von 38 Patienten handelt es sich um die erste Liebesbeziehung und 25mal wurde eine neue Partnerbeziehung nach Vorerfahrungen begonnen, 18mal ging eine Partnerbeziehung auseinander.
Besonders häufig treten Ausbildungsereignisse auf: 25mal Abschluß einer Ausbildung (meistens Schulabschluß) und 23mal Beginn einer Ausbildung (z.B. Studium, Berufsausbildung). Zu den 10 häufigsten Ereignissen gehören weiterhin Ortswechsel (19mal) und Wohnungswechsel (24mal), die zusätzlich zu dem Item Auszug aus dem Elternhaus auftraten (das Item tritt 11mal auf, gehört jedoch nicht mehr zu den 10 häufigsten Ereignissen).
Zu den 10 häufigsten Ereignissen zählen noch "körperliche Erkrankungen der Befragten" (21mal) und "Spannungen und Schwierigkeiten am Arbeitsplatz" (21mal), die sich bei Patienten mit Anorexia nervosa häufig auf den schulischen oder universitären Bereich beziehen und Schwierigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen oder Kollegen beschreiben.

Von den eben erwähnten 10 häufigsten Ereignissen sind nur 2 Items stark mit der Symptomatik konfundiert, nämlich "Schwierigkeiten und Spannungen am Arbeitsplatz" zu 48 % und das "Ende einer Liebesbeziehung" zu 55 %.

Tabelle 15 zeigt eine Zusammenstellung der Ereignisse, die zu einem hohen Anteil durch die Symptomatik bedingt sind oder mit ihr im Zusammenhang stehen, wobei die Tabelle im oberen Abschnitt nur Ereignisse berücksichtigt, die mindestens 10mal aufgetreten sind, während die Tabelle im unteren Teil noch Ereignisse aufführt, die nur eine Auftretenshäufigkeit von 4-8 aufweisen.

Die Übersicht zeigt, daß sich die Symptomatik auf wichtige Lebensbereiche auswirkt, so ist sie zu einem hohen Anteil Ursache für das Scheitern von Partnerbeziehungen, bewirkt eine hohe Fluktuation im Ausbildungs- und Arbeitsbereich und trägt zu einem eingeengten Leben bei, das durch das Fehlen von Freizeitaktivitäten und Sozialkontakten gekennzeichnet ist. "Spannungen und Schwierigkeiten im Elternhaus" stehen ebenfalls eng im Zusammenhang mit der Symptomatik ebenso wie der "Auszug aus dem Elternhaus", der häufig aus therapeutischen Gründen während des stationären Aufenthaltes eingeleitet worden ist.

Betrachtet man nur Patienten mit mittlerer bis hoher Symptomatik im Verlauf, so zeigt sich, daß bei ihnen häufig Spannungen und Schwierigkeiten und chronische Belastungen mit einem relativ hohen Anteil symptombedingter Ereignisse auftreten wie Spannungen mit Kollegen, Spannungen mit Partner, chronische sexuelle Schwierigkeiten, chronische Schwierigkeiten mit den Eltern und Isolation bzw. extrem reduzierter Freundeskreis.

Bei Patienten mit durchschnittlich niedriger Symptomatik treten zwar auch Spannungen mit Kollegen und Spannungen mit den Eltern auf, das Auseinandergehen von Partnerbeziehungen ist jedoch deutlich seltener.

In der niedrigen Symptomverlaufsgruppe kommen objektive, negative Ereignisse häufiger vor als symptombedingte Spannungen und Schwierigkeiten.
"Körperliche Erkrankungen des Befragten oder eines Familienmitgliedes", "Tod eines nahestehenden Menschen" und das "Unterbrechen/Abbrechen einer Ausbildung" gehören zu den häufigsten negativen Ereignissen.

Tabelle 15: Ereignisse, die zu einem hohen Prozentsatz durch die Symptomatik bedingt sind.

Häufigk. der Ereignisse	Ereignisse	Prozentualer Anteil Ereignisse in Verbindung mit Symptomatik
11	Chronisch ohne Liebes-Partnerbeziehung	100 %
18	Ende einer Liebesbeziehung	55 %
10	Spannungen mit dem Partner	50 %
21	Spannungen u. Schwierigkeiten am Arbeitsplatz	48 %
11	Auszug aus dem Elternhaus	46 %
14	Ausbildung abgebrochen/unterbr.	36 %
12	Neue Arbeitsstelle im erlernten Beruf	33 %
12	Neue Arbeitsstelle im nicht erlernten Beruf	25 %
	Auftretenshäufigkeit zwischen 4 und 8	
5	Isolation	100 %
5	Chronisch sex. Schwierigkeiten	100 %
4	Chronisch ohne Freizeitaktivität	100 %
6	Verringerung der Anzahl der Pers., die zum Freundeskreis gehören	83 %
5	Stark reduzierter Freundeskreis (1-3 Personen)	80 %
7	Kündigung	71 %
8	Chronische Schwierigkeiten mit den Eltern	63 %

Eine starke Wechselwirkung zwischen zunehmender Symptomatik, Einengung des Lebensraumes und Auftreten neuer "Spannungen und Schwierigkeiten" neben "chronischen Belastungen" scheint charaktistisch für den circulus vitiosus zu sein, in den Patienten mit durchschnittlich hoher Symptomatik geraten sind.

Betrachtet man nur die positiv bewerteten Ereignisse, so zeigt sich eine große inhaltliche Übereinstimmung zwischen den Symptomverlaufsgruppen (die Übereinstimmung bezieht sich jedoch nicht auf die Gesamtanzahl positiver Ereignisse).
Zu den häufigsten positiv bewerteten Ereignissen bei Patienten mit Anorexia nervosa unabhängig von der Art des Symptomverlaufes gehören: "Beginn und Ende einer Ausbildung", "Beginn einer Liebesbeziehung" (erste oder weitere), "Vergrößerung des Freundeskreises" und "Orts- oder Wohnungswechsel".

Unterschiede zwischen Gruppen unterschiedlicher Symptomschwere werden im "Ausbildungs- und Berufsbereich" sichtbar, wenn man auch weniger häufige Items aus diesen Bereichen hinzunimmt.
Prozentual gesehen treten Ereignisse, die eine kontinuierliche Ausbildungs- und Berufsausübung kennzeichnen, häufiger in der niedrigen Symptomgruppe auf als in der Symptomgruppe mit mittlerer bis hoher Symptomatik. Es handelt sich um folgende Ereignisse: Ausbildung begonnen, Zwischenprüfung bestanden, Abschlußprüfung bestanden, Erstaufnahme der Berufstätigkeit, neue Stelle im erlernten Beruf.
In der Gruppe mit mittlerer bis hoher Symptomatik im Vergleich zu niedriger treten andererseits etwas häufiger Ereignisse auf, die zwar subjektiv positiv bewertet werden, aber dennoch Diskontinuität der Entwicklung zeigen: Ausbildung unterbrochen, Ausbildungsziel gewechselt,

Wechsel der Ausbildungsstätte und neue Stelle im nichterlernten Beruf (mehrfaches Auftreten des Ereignisses bei einer Person ist bei diesen Prozentangaben nicht berücksichtigt).
Auch im Bereich Partnerbeziehung weist der fast doppelt so häufig auftretende Neubeginn einer Liebesbeziehung (bei gleichzeitig hoher Abbruchrate) in der Gruppe mit hoher Symptomatik auf häufigen Wechsel und Diskontinuität hin.
Zu den positiven Ereignissen, die bei mittlerer bis hoher Symptomatik seltener auftreten als bei niedriger, gehören "Auszug aus dem Elternhaus" (30 % zu 5 %), "Abnahme Spannungen und Schwierigkeiten mit den Eltern" (40 % zu 0 %), "Abnahme sexueller Schwierigkeiten" (20 % zu 5 %), "Einkommenserhöhung" (35 % zu 16 %).

6.4.2.2 Häufige Ereignisse bei Patienten mit Zwangsneurosen

65 Patienten mit Zwangsneurosen haben 951 Ereignisse im Katamnesezeitraum erlebt; dies entspricht einem Mittelwert von 14,6 Ereignissen.
Bei den Zwangsneurosen sind die Lebensbereiche "Beruf /Ausbildung" (28 %) und "Partnerbeziehung" (23 %) am stärksten vertreten, gefolgt von "Familienereignissen" (7,5 %), "Einkommensveränderungen" und "Krankheiten" (je 5,2 %), "Veränderungen im Bekannten- und Freundeskreis" (4,8 %), "Veränderungen der Freizeitbeschäftigung" (4 %), "Wohnungswechsel" (4,1 %), "Todesfälle" (2,4 %), "Kinder /Schwangerschaft" (2,1 %), "Gericht /Behörde" (0,6 %). (vgl. Tabelle 16)

Von den 10 häufigsten Ereignissen sind die Hälfte der Ereignisse aus dem Arbeitsbereich, dazu gehören "Veränderungen in den Arbeitsbedingungen" (26mal), "neue

Tabelle 16: Verteilung der Ereignisse auf die verschiedenen Lebensbereiche bei Patienten mit Zwangsneurose (N = 65)

Lebensbereiche	Anzahl der Ereignisse	Mittelwert
Ausbildung/Beruf	262	4,0
Partnerbeziehung	216	3,3
Kinder/Schwangerschaft	20	0,3
Familie	72	1,1
Tod	23	0,4
Krankheit	49	0,8
Wohnung	39	0,6
Einkommen	51	0,8
Bekanntenkreis/ Freundeskreis	46	0,7
Freizeit	38	0,6
Gericht/Behörde/ Haustier	6	0,09
Sonstiges	72	1,1
	894	

Arbeitsstelle nicht im erlernten Beruf" (24mal), "Befragter kündigt" (22mal), "Arbeitslosigkeit" (21mal), "Spannungen und Schwierigkeiten am Arbeitsplatz" (21mal) und übertarifliche "Einkommenserhöhung", die meistens Folge von Arbeitsveränderungen ist.
Besonders häufig treten "Erkrankungen von Familienmitgliedern oder einer wichtigen Bezugsperson" auf (25mal), "Wohnungswechsel" (22mal), "Zunahme der Freizeitaktivitäten" (22mal) und der "Beginn einer Liebesbeziehung" (22mal). Diese Ereignisse gehören zu den 10 häufigsten. Bezieht man statt 10 die 20 häufigsten Ereignisse ein, so zeigt sich, daß Items wie "Partnerprobleme" oder das "Auseinandergehen einer Beziehung" auch öfters vorkommen.

Tabelle 17 zeigt Ereignisse, die besonders häufig durch die Symptomatik ausgelöst werden oder mit ihr in Zusammenhang stehen. Der obere Teil der Tabelle bezieht sich auf Ereignisse, die mindestens 14mal aufgetreten sind, während der untere Teil zur Verdeutlichung der Darstellung auch noch Ereignisse zeigt, die mindestens 6mal vorgekommen sind.
Es zeigt sich, daß hauptsächlich "Spannungen und Schwierigkeiten" oder "chronische Belastungen" durch die Symptomatik bedingt sind wie "Schwierigkeiten im sexuellen Bereich, in der Partnerbeziehung, in den Sozialkontakten und am Arbeitsplatz" (und wegen der geringen Fallzahl mit Einschränkung Spannungen und Schwierigkeiten mit den Eltern). Besonders wichtig erscheint die hohe Beteiligung der Symptomatik bei Items wie "Kündigung des Arbeitsplatzes" und "Arbeitslosigkeit".

Die Verteilung der Ereignisse auf die verschiedenen Symptomverlaufsgruppen verdeutlicht die Zusammenhänge zwischen der Art der Ereignisse und dem Krankheitsverlauf. (siehe Ereignisliste Anhang D)

Tabelle 17: Ereignisse, die zu einem hohen Prozentsatz durch die Symptomatik bedingt sind.

Häufigk. der Ereignisse	Ereignisse	Prozentualer Anteil Ereignisse in Verbindung mit Symptomatik
16	Chronisch ohne Liebesbeziehung	94 %
14	Stark reduzierter Freundeskreis (1-3 Personen)	93 %
21	Arbeitslosigkeit	81 %
21	Spannungen und Schwierigkeiten am Arbeitsplatz	81 %
14	Chronische Spannungen mit Partner	80 %
14	Chronisch sexuelle Schwierigkeiten	79 %
13	Beginn/Zunahme sex. Schwierigkeiten	69 %
16	Beginn/Zunahme von Spannungen mit dem Partner	63 %
17	Ende einer Freundschaft/Liebesbez.	53 %
22	Befragter kündigt Arbeitsplatz	50 %
	Auftretenshäufigkeit der Ereignisse 10 bis 6	
9	Isolation	100 %
8	Chronisch ohne Freizeitaktivität	100 %
6	Ende einer Trennung von den Eltern	100 %
6	Angst vor Kündigung	83 %
9	Trennung vom Partner	67 %
7	Chronische Schwierigkeiten mit einem Familienmitglied	67 %
8	Chronische Schwierigkeiten mit den Eltern	63 %
9	Zunahme von Spannungen m. d. Eltern	60 %
8	Dem Befragten wird gekündigt	50 %

Arbeitslosigkeit ist das häufigste, negativ bewertete Ereignis bei Patienten mit mittelhoher Symptomatik. Es tritt zu 46 % bei Patienten mit durchschnittlich mittlerer Symptomatik und zu 25 % bei Patienten mit extrem hoher Symptomatik auf, während nur 16 % Patienten mit niedriger Symptomatik arbeitslos gewesen sind. Bei den Prozentangaben ist nicht berücksichtigt, daß einzelne Ereignisse bei einer Person mehrfach auftreten können.

Interessant ist die subjektive Bewertung der Arbeitslosigkeit. Während Patienten mit mittelschwerer Symptomatik und Patienten mit niedriger Symptomatik im Durchschnitt Arbeitslosigkeit immer als schwerwiegend und negativ bewerten, erleben Patienten mit sehr starker Symptomatik Zeiten der Arbeitslosigkeit eher als leicht positiv.

Das häufigste positiv bewertete Ereignis noch vor dem Item "Arbeitslosigkeit" ist in der hohen Symptomgruppe das Item "Beginn einer nichtsexuellen Freundschaft". Der "Beginn einer sexuellen Partnerbeziehung" dagegen tritt in der hohen Symptomgruppe nur einmal auf (5 %), während dasselbe Ereignis in der Symptomgruppe mit mittelschwerer Symptomatik noch zu 31 % auftritt und in der Symptomgruppe mit niedriger Symptomatik (mit 58 %) zu den zweithäufigsten, positiv bewerteten Ereignissen gehört.
Betrachtet man die negativen Ereignisse, so zeigt sich, daß Patienten mit durchschnittlich hohem Symptomniveau oft unter sexuellen Problemen leiden. Der "Beginn oder die Zunahme sexueller Schwierigkeiten" gehört zu den häufigsten Items neben "chronifizierten sexuellen Schwierigkeiten, chronifizierten Partnerproblemen und sozialer Isolation".

Die Patientengruppe mit mittelhoher Symptomatik ist im "sexuellen Bereich" und in den "sozialen Beziehungen" deutlich geringer belastet als die Gruppe mit hoher

Symptomatik, wenn auch "sexuelle Schwierigkeiten" gelegentlich auftreten und das "Auftreten eines chronisch reduzierten Freundeskreises" (1-2 Personen) zu den häufigsten Items zählt, muß andererseits dagegengesetzt werden, daß bei den positiv bewerteten Ereignissen die "Zunahme des Freundeskreises", "Beginn einer Liebesbeziehung" und "Vergrößerung des Freundeskreises" zu den drei häufigsten Ereignissen gehören.
Die größten Belastungen treten bei mittelschwerer Symptomatik im Arbeitsbereich auf, mit dem bereits erwähnten hohen Anteil von "Arbeitslosigkeit" und "Spannungen und Schwierigkeiten am Arbeitsplatz" als zweithäufigstem Ereignis. Dazu kommen negative als positive "Veränderungen in den Arbeitsbedingungen" und etwas seltener "berufliches Versagen", "Angst vor Kündigung".

Negative Ereignisse, die in allen Symptomverlaufsgruppen besonders zahlreich auftreten, sind "schwere Erkrankung eines Familienmitgliedes oder einer wichtigen Bezugsperson", "Spannungen und Schwierigkeiten am Arbeitsplatz" und "Spannungen und Schwierigkeiten mit dem Partner", wobei das Maß der Chronifizierung der Partnerprobleme mit der Höhe der Symptomatik zunimmt.

In der Gruppe mit niedriger Symptomatik tritt außer den eben erwähnten, bei allen Symptomgruppen oft aufgetretenen negativen Ereignissen zusätzlich das Item "Ende einer Liebesbeziehung" häufig auf. Setzt man dieses Ereignis jedoch in Beziehung zu seinem positiven Äquivalent, so zeigt sich, daß der "Beginn einer Liebesbeziehung" bei niedriger Symptomatik doppelt so häufig ist wie das Scheitern. Entsprechende Verhältnisse zeigen sich bei den Ereignissen aus anderen Lebensbereichen, die positiven Erlebnisse kommen teilweise doppelt so oft vor wie die negativen.

Positiv bewertete Veränderungen im "beruflichen und finanziellen" Bereich treten bei Patienten mit durchschnittlich niedriger Symptomatik besonders häufig auf. Am stärksten tritt das positiv bewertete Item "neue Arbeitsstelle nicht im erlernten Beruf" auf (68 %), (im erlernten Beruf (26 %)), verbunden mit "übertariflicher Einkommenserhöhung (58 %).
Außer positiven "beruflichen Veränderungen" und dem Überwiegen positiver Partnererfahrungen über die negativen, erlebten Patienten mit durchschnittlich niedriger Zwangssymptomatik eine deutliche "Vergrößerung des Freundeskreises" und eine "Erweiterung der Freizeitaktivitäten".

Positiv bewertete "Wohnungswechsel" treten über alle Symptomverlaufsgruppen hinweg häufig auf.

6.4.2.3 Geschlechtsunterschiede in der Verteilung der Lebensereignisse bei Patienten mit Zwangsneurosen

Unterschiede in der Art der erlebten Ereignisse sind als Folge geschlechtsspezifischer Rollenverteilung in der Gesellschaft zu erwarten.
Nach Lowenthal et al. (1975) erleben Frauen öfter kritische Lebensereignisse als Männer. Holmes und Masuda (1974) dagegen stellten eine hohe Korrelation zwischen Männern und Frauen fest (Pearson; S. r=0,965) in der Beurteilung der Gewichtung der Ereignisse. Sarason et al. (1978) fanden keine Geschlechtsunterschiede zwischen der positiven und negativen Bewertung der Ereignisse. Webb et al. (1978) berichteten, daß bei Frauen häufiger Ereignisse auftraten, die Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich kennzeichneten, während Männer mehr Ereignisse aus den Bereichen Beruf und Schwierigkeiten mit dem Gesetz angaben. Entsprechend fanden Chiriboga und Dean (1978) bei Frauen mehr Ehe- und Familienereignisse (auch

Tab. 18 Mittelwerte der Anzahl der Ereignisse nach Geschlecht getrennt (Zwangsneurose)

	Frauen		Männer	
	Mittelwert	N = 30	Mittelwert	N = 35
niedriges Symptomniveau	12.9	8	18,3	11
mittleres Symptomniveau	16,3	11	15,4	16
hohes Symptomniveau	12,1	11	11,1	8
verbesserter Symp.verlauf	15,2	16	15,7	18
gleichbleibender Symp.verlauf	10,7	7	18,9	9
verschlechterter Symp.verlauf	13,9	7	10,5	8

Frauen: Mittelwert aller Ereignisse: 13,8 s = 6,8

Männer: Mittelwert aller Ereignisse: 15,3 s = 5,9

Tab.: 19 Mittelwerte der Anzahl positiver und negativer Ereignisse nach Geschlecht getrennt (Zwangsneurose)

	positive Ereignisse		negative Ereignisse	
	Frauen N = 30	Männer N = 35	Frauen N = 30	Männer N = 35
niedriges Symptomniveau	7,4	12,2	5,5	6,1
mittleres Symptomniveau	8,3	7,3	8,0	8,1
hohes Symptomniveau	5,5	4,1	6,5	7,0
verbesserter Symptomverlauf	8,6	9,3	6,6	6,4
gleichbleibender Symptomverlauf	5,3	9,0	5,4	9,9
verschlechterter Symptomverlauf	5,3	4,4	8,6	6,1

nicht-familiäre Beziehungsereignisse), während Männer oft von Ereignissen aus den Bereichen Gesetz und Arbeit berichteten.
In dieser Untersuchung konnte nicht bestätigt werden, daß Frauen generell häufiger kritische Lebensereignisse erfahren als Männer. Der Mittelwert für die unselegierten Ereignishäufigkeiten lag für Frauen mit Zwangsneurosen bei 13,8 (s=6,8) und für Männer mit Zwangsneurosen bei 15,3 (s=5,9). (Tab. 18 u. 19)

Es zeigte sich jedoch in dieser Untersuchung eine Tendenz in der Richtung, daß Männer mit Zwangsneurosen häufiger Ereignisse aus dem Berufsbereich angaben als Frauen, während Frauen eher von Ereignissen aus den Bereichen "Familie", "Kinder" und "Erkrankungen von Familienmitgliedern" berichteten (siehe Rangfolge der Häufigkeiten der Ereignisse nach Geschlecht getrennt Anhang D).

Zusammenfassung

Die Durchsicht der Literatur hat gezeigt, daß die Art der Ereignisse, die im Vorfeld der Erkrankung bei Patienten mit Anorexia nervosa und Zwangsneurosen gefunden wurde, inhaltlich breit streute. Insgesamt konnten mehr übereinstimmende als trennende Gesichtspunkte gefunden werden. Auch in dieser Untersuchung zeigte sich eine hohe Übereinstimmung in der Art der aufgetretenen Ereignisse bei beiden Diagnosegruppen.
Es gelang auch nicht mit Hilfe einer Faktorenanalyse (vgl. Kap. 5.5.3) Personengruppen aufgrund von Lebensereignissen zu bestimmen.

Bei der Durchsicht der in diesem Kapitel (deskriptiver Teil) zusammengefaßten häufigsten Ereignisse gewinnt man

den Eindruck, daß sich dennoch geringfügige Unterschiede zwischen beiden Patientengruppen zeigen.
Dabei scheinen die Unterschiede teilweise mehr durch altersbedingte Entwicklungsstufen bestimmt zu sein als durch Unterschiede in der Symptomatik.
Beispielsweise findet man bei den durchschnittlich um 12 Jahre jüngeren Patienten mit Anorexia nervosa mehr Ausbildungsereignisse, häufiger erste sexuelle Kontakte und Liebesbeziehungen, wähend bei Patienten mit Zwangsneurosen altersgemäß mehr berufliche Veränderungen auftraten, Beziehungen zusätzlich zur Ehe oder körperliche Erkrankungen bei Familienmitgliedern.

Betrachtet man nur die Ereignisarten die in signifikanter Beziehung zur Symptomatik stehen - nämlich chronische Belastungen und positive Ereignisse - so werden die Übereinstimmungen zwischen beiden Diagnosegruppen deutlich.

Chronische sexuelle Schwierigkeiten, chronische Partnerprobleme und soziale Isolation treten bei beiden Diagnosegruppen häufig bei ausgeprägter Symptomatik auf. Je besser das gesundheitliche Wohlbefinden der Patienten im Verlauf ist, um so häufiger treten bei beiden Gruppen positive Veränderungen im Beruf oder Ausbildungsbereich auf, zeigt sich eine Erweiterung des Freundeskreises und eine Zunahme an neuen Liebesbeziehungen.

6.5 Zusatzfrage: Die Bedeutung verschiedener Lebensbereiche in der subjektiven Wertehierarchie der Patienten

Im Anschluß an das Life-Event-Interview wurden jedem Patienten 12 Items vorgelegt, die nach der persönlichen Wertvorstellung auf einer Skala von 0-6 eingestuft werden sollten (z.B. Beruf, Freundin, Freizeit; siehe Liste Anhang A).
Auf die Frage, welche Lebensbereiche und Aktivitäten in der Wertehierarchie des einzelnen einen hohen bzw. einen niedrigen Rang einnehmen, zeigen sich keine wesentlichen Geschlechtsunterschiede.
Es treten lediglich leichte signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern auf in der Beurteilung der Wichtigkeit der "Teilnahme an politischen Gruppen" (5 % Niveau) und der Beurteilung der "Freizeitaktivitäten" (5 % Niveau).
Männer neigen häufiger als Frauen dazu, die Teilnahme an politischen Aktivitäten und bestimmten Freizeitaktivitäten hoch einzuschätzen.
Von den 12 vorgegebenen Items zur Erfassung der Wertehierarchie wird das Item "einen guten Freund zu haben, mit dem man über alle Probleme sprechen kann" am höchsten bewertet (Mittelwert = 5,4 bei einer maximalen Bewertungsmöglichkeit von 6), gefolgt von dem Item "einen Beruf der persönlichen Neigung zu haben" (Mittelwert = 4,9). An dritter Stelle im Wertsystem steht das Item "eine Liebes-/Partnerbeziehung zu haben" (Mittelwert = 4,5). Ebenfalls wichtig beurteilt werden Freizeitaktivitäten (Mittelwert = 4,2).

Von mittlerer Wichtigkeit sind: "Viel Geld zu verdienen", "Erfolg im Beruf", "eine Familie zu haben oder zu gründen", "sozial tätig zu sein."

Als eher unwichtig oder völlig unwichtig werden Fragen im Zusammenhang mit der Teilnahme oder Mitgliedschaft in religiösen, politischen oder anderen Vereinen oder Gruppierungen angesehen.
Nur bei der Frage nach der Wichtigkeit des Glaubens zeigt sich eine bipolare Verteilung mit einer Häufung bei den Extremwerten.

Erstaunlicherweise treten auch keine wesentlichen Unterschiede in der Wertehierarchie zwischen Patienten mit Anorexia nervosa und Patienten mit Zwangsneurosen auf. Ebenso sind Veränderungen der Symptomatik im Verlauf ohne Einfluß auf die Wertehierarchie (die einzelnen Verlaufstypen zeigen vergleichbare Einstufungen in der Wertehierarchie).

Diskussion

Feuilletonistisch formuliert ließe sich das Ergebnis dieser Untersuchung in der provokanten These zusammenfassen:
Nicht das unerwartete Unglück, das wir erfahren macht uns krank, sondern das Glück, das wir entbehren.
Aber warum entbehren wir das Glück? Weil wir krank sind aufgrund von Kindheitserfahrungen oder gesellschaftlicher Bedingungen? Diese Frage kann hier nicht beantwortet werden, war auch nicht Thema dieser Untersuchung, die sich mit korrelativen Zusammenhängen zwischen Lebensereignissen und Symptomverläufen befaßte.
Die Ausgangsüberlegung dieser Untersuchung ging von der Annahme aus, daß die Relation von positiven zu negativen Ereignissen, d.h. das ausgewogene Verhältnis beider Variablen zueinander bedeutsam für das Wohlbefinden ist. Es wurde angenommen, daß positive Erfahrungen eine Schutzwirkung gegenüber Belastungen ausüben, so daß es erst beim Überwiegen negativer Ereignisse gegenüber positiven zu Gesundheitsstörungen kommt. Zur Klärung dieser Fragestellung schien ein differenzierteres Vorgehen notwendig, als es üblicherweise in der Life-Event-Forschung angewandt wird.

Katschnig (1980) hatte darauf hingewiesen, daß hinter den übereinstimmenden Ergebnissen, die auf Gruppenscores beruhten, individuell sehr unterschiedliche Symptomverläufe verborgen seien und daß bei einem Drittel der Personen Werte auftreten können, die dem Gesamtergebnis gegenläufig seien.
Folge davon sei, daß unklar bliebe, auf welche Einzelaspekte die gefundenen Ergebnisse zurückzuführen seien.

In dieser Untersuchung wurde deshalb zum einen versucht, durch Berücksichtigung mehrerer unterschiedlicher Verlaufskriterien der Vielfältigkeit individueller Symptom-

verläufe gerecht zu werden und zum anderen durch Spezifizierung einiger Ereignischarakteristika herauszufinden, welche Aspekte der Ereignisse in Beziehung zur Symptomatik relevant sind.
Dieses stufenweise Vorgehen erwies sich als sinnvoll. Es konnte in einem ersten Auswertungsschritt gezeigt werden, daß unabhängig vom gewählten Kriterium zur Kennzeichnung der Symptomverläufe ein signifikanter Zusammenhang von Symptomatik und den im Katamneseverlauf aufgetretenen Ereignissen gefunden wurde. Dazu waren die Ereignisse nach einem relativ groben Kriterium danach eingeteilt worden, ob pro Patient mehr positive als negative, mehr negative als positive oder gleich viel positive wie negative Ereignisse aufgetreten waren.
Die Berücksichtigung verschiedener Einteilungskriterien der Symptomatik führte im Vergleich nicht zu widersprüchlichen Ergebnissen, sondern es konnten insbesondere durch das Ergebnis von Faktor IV (Einteilung der Symptomatik nach dem Gesichtspunkt der visuellen Ähnlichkeit) Spezifizierungen der insgesamt doch ähnlichen Ergebnisse vorgenommen werden. Demnach kann für alle vier Analysen bestätigt werden, daß durchschnittlich niedriges Symptomniveau im Katamneseverlauf oder deutliche Symptomverbesserung mit einem Überwiegen positiver Ereignisse über die Anzahl negativer verbunden ist. Je höher die durchschnittliche Symptomatik im Katamneseverlauf, um so mehr nimmt der relative Anteil positiver Ereignisse ab und der relative Anteil negativer Ereignisse zu, wobei es allerdings nicht notwendigerweise zu einem Überwiegen der Anzahl negativer Ereignisse über die Anzahl positiver Ereignisse kommen muß. Nur massive Symptomverschlechterungen im Katamneseverlauf scheinen mit einem Überwiegen negativer über die Anzahl positiver Ereignisse verbunden zu sein. Das Ergebnis gilt von der Tendenz her auch, wenn Patienten mit Anorexia nervosa und Patienten mit Zwangsneurosen getrennt analysiert werden. Unterschiedlich

zwischen den Diagnosegruppen ist die Verteilung der Ereignisse im Bereich mittelschwerer und gleichbleibender Symptomatik. Im Gegensatz zu Patienten mit Zwangsneurosen zeigt sich hier bei Patienten mit Anorexia nervosa häufig noch ein Überwiegen positiver über die Anzahl negativer Ereignisse. Dieser Unterschied wird möglicherweise verständlich, wenn man berücksichtigt, daß Patienten mit Anorexia nervosa viel weniger als Zwangsneurotiker durch ihre Symptomatik in ihren sozialen und beruflichen Aktivitäten beeinträchtigt sind (vgl. auch Wüschner-Stockheim, 1982). Trotz deutlicher Symptomatik sind Patienten mit Anorexia nervosa z.B. in der Lage, schulisch und beruflich aktiv und erfolgreich zu sein.
Dieser Erklärungsansatz würde die Annahme stützen, daß Veränderungen in der Häufigkeit der Lebensereignisse nicht unabhängig von der Symptomatik sind.
Welchen Anteil die Symptomatik und welchen Anteil einzelne Ereignischarakteristika am vorliegenden Ergebnis haben, sollte durch weitere Analysen geprüft werden.
War in der bisherigen Auswertung die Variable "Ereignis" konstant geblieben, während die Gesichtspunkte, nach denen die Symptomverläufe eingeteilt wurden, variierten, sollten nun die Verteilungen verschiedener Ereigniskategorien für zwei konstant gehaltene Sortierungen der Symptomatik untersucht werden. Es wurden die beiden Faktoren I und II ausgewählt, da diese beiden Sortierungen der Symptomatik gegenüber den beiden anderen den Vorteil haben, daß alle Patienten berücksichtigt und für statistische Auswertungen noch sinnvoll große Untergruppen gebildet werden können.

Die Prüfung der Mittelwertunterschiede der einzelnen Ereignischarakteristika in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen der Faktoren I und II brachten einige überraschende Ergebnisse:
Entgegen dem Konzept der streßverursachenden Wirkung von

Häufungen lebensverändernder Ereignisse zeigte sich in dieser Untersuchung eine signifikante Abnahme kritischer Lebensereignisse mit der Höhe der Symptomatik oder im Zusammenhang mit Symptomverschlechterung und zwar insbesondere, wenn nur objektive und nicht symptombedingte Ereignisse ohne Berücksichtigung der Qualität untersucht wurden.
Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu der Theorie, die von Holmes/Rahe vertreten wird, die besagt, daß unabhängig von der Qualität der Ereignisse (positiv oder negativ) lebensverändernde Ereignisse aufgrund der Anpassungsleistung, die sie erfordern, pathogen wirken und somit zur Auslösung oder Aufrechterhaltung von Krankheiten beitragen.
Eine direkte Auswirkung der Symptomatik auf dieses Ergebnis kann jedoch nicht angenommen werden, da speziell die Ereignisse mit der Höhe der Symptomatik seltener auftreten, bei denen eine Verursachung durch die Krankheit ausgeschlossen wurde. Das Ergebnis, daß die Gesamtanzahl der erlebten Ereignisse mit der Schwere der Symptomatik abnimmt, stimmt jedoch gut mit der klinischen Erfahrung überein. Besonders bei Patienten mit schwerer und chronifizierter Symptomatik findet man häufig einen eingeengten, isolierten Lebensstil mit geringen sozialen Beziehungen und Verpflichtungen, so daß möglicherweise auf diesem indirekten Weg die Symptomatik eine geringe Ereignisrate bewirkt. (Ohne Partner und Kinder entfallen eine Reihe möglicher objektiver symptomunabhängiger Ereignisse wie z.B. Verlustereignisse aufgrund von Krankheit oder Tod.)

Der Zusammenhang zwischen niedrigem, sozialen Reizangebot und Symptomatik ließe sich auch erklären, wenn man die Aktivitätsrate als vermittelnde Variable einbezieht. Plausibel ist in diesem Zusammenhang eine Untersuchung von Guttmann (1978) an alten Menschen. Er fand, daß die

Anzahl der erlebten Ereignisse alter Menschen um so höher ist, je höher die Aktivitätsrate der untersuchten Person ist und daß diese wiederum der beste Prädiktor für psychisches Wohlbefinden ist.
So gesehen, könnte man auch die Annahme vertreten, daß eine gewisse Anzahl lebensverändernder Ereignisse eine wichtige Voraussetzung für Gesundheit bzw. Wohlbefinden ist, und daß bei Patienten ähnlich wie bei alten Menschen die Gefahr einer zu geringen Ereignisrate möglicherweise größer ist als die einer Überbelastung.
Geht man jedoch von der Überlegung aus, daß unterschiedliche Aktivitätsraten symptomgesteuert sein können, diese sich wiederum auf die Auftretenswahrscheinlichkeit von Ereignissen auswirkt, so kann eine indirekte Beeinflussung der Ereignisse durch die Symptomatik nicht ausgeschlossen werden.
Zukünftige Untersuchungen könnten klären, ob Ereignisse, die nicht durch die Symptomatik ausgelöst werden oder mit ihr in Zusammenhang stehen, auch dann mit der Höhe der Symptomatik abnehmen, wenn die Aktivitätsrate der Patienten kontrolliert wird.

Das zweite überraschende Ergebnis dieser Untersuchung ist, daß negative Ereignisse, für sich allein analysiert, nicht zwischen den Symptomverlaufsgruppen trennen unabhängig davon, ob nur "objektive negative Ereignisse" mit oder ohne "symptombedingten Ereignissen" oder "Spannungen und Schwierigkeiten" getrennt oder mit "objektiven Ereignissen" zusammen untersucht wurden.
Eine Ausnahme bilden "chronische Belastungen", sie nehmen signifikant mit der Höhe der Symptomatik zu. "Chronische Belastungen" stehen jedoch nicht im Zusammenhang mit der Verlaufsrichtung.
Positive Ereignisse dagegen nehmen signifikant mit der Höhe der Symptomatik ab. Patienten mit Symptomverschlechterung haben weniger positive Ereignisse erlebt als Pa-

tienten mit Symptomverbesserung. Positive Beziehungsereignisse stehen im signifikanten Zusammenhang zur Symptomveränderung, nicht jedoch zum durchschnittlichen Symptomniveau.

Wir waren von der Hypothese ausgegangen, daß negative Ereignisse mit der Schwere der Symptomatik zunehmen, während positive Ereignisse abnehmen und daß Symptomverbesserung mit einer Zunahme positiver und einer Abnahme negativer Ereignisse verbunden ist. Der überwiegende Teil der in der Literatur berichteten Verlaufsuntersuchungen stützt die Annahme, daß die Anzahl der Ereignisse und speziell unerwünschte Ereignisse mit der Symptomschwere oder im Zusammenhang mit Symptomverschlechterung zunehmen bzw. gehäuft auftreten (vgl. Myers et al. 1971; 72; Giel 1978; Surtees und Ingham 1980; Schwartz und Myers 1977; Grant et al. 1981; Paykel und Tanner 1976). Weiterhin wird in der Literatur berichtet, daß bei gebesserten bis zur Nachuntersuchung stabil gebliebenen ehemaligen Patienten zum Zeitpunkt der Zweituntersuchung nur halb soviel unerwünschte Ereignisse auftraten wie vor Aufnahme (Paykel 1974) oder daß sich bei Patienten mit Symptomremission zuvor bedrohliche Ereignisse in ihrer Bedeutung neutralisiert hatten.
Über den Stellenwert positiver Ereignisse wird vergleichsweise wenig berichtet. Paykel (1974) erwähnt, daß sich die Anzahl erwünschter Ereignisse vor Aufnahme nicht von der Anzahl der erwünschten Ereignisse zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung unterscheidet. Paykel und Tanner (1976) finden keine Unterschiede bezüglich der Anzahl erwünschter Ereignisse beim Verlgeich von Patienten mit oder ohne Symptomrückfall. Grant et al. (1981) berichten von einer negativen Beziehung erwünschter Ereignisse zur Symptomatik.

Vergleicht man die Ergebnisse der zitierten Verlaufsuntersuchungen mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit, so scheint es sich um einander entgegengesetzte Resultate zu handeln.

Gibt es Argumente für die Plausibilität der vorliegenden Ergebnisse und halten diese den Ergebnissen der zitierten Untersuchungen stand?
Ohne die bereits erwähnte Kritik am methodischen Vorgehen wiederholen zu wollen, sei nur darauf hingewiesen, daß die vorliegenden Verlaufsuntersuchungen häufig nur auf zwei Meßzeitpunkten beruhen, und die Ereignisse für einen kurzen Zeitraum vor der zweiten Untersuchung erhoben wurden, so daß nicht immer der gesamte Katamnesezeitraum überblickt wird. Zum anderen - das ist das entscheidendere Argument - wird oft nicht der Einfluß der Symptomatik auf die Auslösung der Ereignisse geprüft, so daß man vermuten kann, daß die Ergebnisse durch Symptomkonfundierung verfälscht sind.

Hätten wir den Bericht dieser Untersuchung auf die Ergebnisdarstellung der ersten Analyse beschränkt und von dieser nur das Ergebnis des Ereignisschwerpunkts erwähnt in Beziehung zu Faktor I und Faktor II, so wäre das Ergebnis dieser Untersuchung nicht mehr so unvereinbar mit den oben zitierten Arbeiten gewesen: Patienten mit Symptomverschlechterung im Verlauf und Patienten mit durchschnittlich hohem Symptomniveau haben signifikant mehr negative als positive Ereignisse erlebt. Patienten mit Symptomverbesserung und durchschnittlich niedrigem Symptomniveau mehr positive als negative Ereignisse.

Bei diesem ersten Rechengang wurde noch keine Differenzierung innerhalb der Ereignisstichproben vorgenommen, noch nicht nach "symptombedingten" und "nicht symptombedingten Ereignissen" - nicht nach "objektiven Ereignis-

sen" - "chronischen Belastungen" und "Beziehungsereignissen" unterschieden.
Erst bei der Gegenüberstellung der unausgewählten Ereignisstichprobe mit der strengen Auswahl "objektiver und nicht symptombedingter Ereignisse" und der Einzelanalyse spezifischer Ereignischarakteristika konnte gezeigt werden, daß "objektive negative Ereignisse" nicht zwischen den Symptomverlaufsgruppen trennen. Auch Mueller et al. (1978) konnten Unterschiede in der Anzahl unerwünschter Ereignisse zwischen Patienten und Kontrollgruppen nicht mehr bestätigen, wenn nur Ereignisse einbezogen wurden, die nicht unter Kontrolle der Betroffenen standen (also auch nicht symptombedingt sein konnten.

Die Ergebnisse der einzelnen Berechnungen dieser Untersuchung zusammengesehen, sind nicht widersprüchlich, sondern ergänzen sich zu einer insgesamt sinnvollen Aussage: Das Überwiegen negativer Ereignisse in den belasteten Symptomgruppen ist auf den hohen Anteil meist symptombedingter "chronischer Belastungen" in diesen Patientengruppen zurückzuführen.
Patienten, die mit zwei oder mehr "chronischen Belastungen" aus stationärer Behandlung entlassen wurden, gehören signifikant häufiger der belasteten als der durchschnittlich gesünderen Symptomgruppe an. "Chronische Belastungen" stehen in signifikanter Beziehung zur Symptomhöhe, jedoch nicht zur Symptomveränderung im Verlauf, so als hätten chronische Belastungen eine quasi "krankheitskonservierende" Wirkung. Vielleicht sind chronische Belastungen bisher im Rahmen therapeutischer Bemühungen nicht genügend berücksichtigt worden. Es ist möglich, daß die Konzentration auf die diagnosespezifischen Symptome zur Vernachlässigung in der Behandlung von zusätzlichen Dauerbelastungen geführt hat. Andererseits ist zu berücksichtigen, daß es sich möglicherweise um therapieresi-

stente Probleme handelt oder um Schwierigkeiten, die therapeutische Kompetenzen überschreiten.

Hohe durchschnittliche Symptomatik im Verlauf der Katamnese ist aber nicht nur mit einem hohen Anteil "chronischer Belastungen" verbunden, sondern auch mit einer signifikanten Abnahme positiver Ereignisse. Betrachtet man die Relation von positiven zu negativen Ereignissen, so kann man ergänzend hinzufügen, daß Symptomverbesserungen oder durchschnittlich niedriges Symptomniveau immer einen großen Überschuß positiver Ereignisse über die negativen erfordern. Dies gilt auch, wenn die Besserungsphase im Katamneseverlauf nur sporadisch ist. Lediglich für positive Beziehungsereignisse muß einschränkend gesagt werden, daß sie zwar in signifikanter Beziehung zur Symptomveränderung stehen, nicht jedoch zum durchschnittlichen Symptomniveau. Auch hier bleibt unklar, ob die positiven Veränderungen in der Beziehung zu Partnern, Eltern und Kindern Symptomverbesserungen bewirken oder die zunehmende Genesung Verbesserungen in Beziehungen ermöglicht.
Es ist in dieser Untersuchung nicht der Versuch gemacht worden zu prüfen, inwieweit das Auftreten positiver Ereignisse symptomdeterminiert ist. Im nachhinein erscheint es jedoch für weitere Untersuchungen empfehlenswert zu sein, abzuschätzen, ob positive Ereignisse Folge der Besserung des Gesundheitszustandes sind oder von Einsichten oder Fertigkeiten abhängen, die während des stationären Aufenthaltes gewonnen wurden.

In dieser Untersuchung konnte nicht geklärt werden, ob positive Ereignisse in ursächlichem Zusammenhang zur Symptomatik stehen. Als Fazit vorliegender Ergebnisse kann dennoch gesagt werden, daß es sinnvoll erscheint, das Augenmerk therapeutischer Bemühungen nicht nur auf die Beseitigung und den Abbau der spezifischen Symptomatik zu

richten, sondern mehr als vielleicht bisher chronische Belastungen zu berücksichtigen. Insbesondere sollte darauf geachtet werden, daß Fertigkeiten erworben werden, die es dem Patienten ermöglichen, positive Ereignisse und Bedingungen selbst hervorzurufen und zu stabilisieren.

Literaturverzeichnis

Adams, P.,
Family characteristics of obsessive children.
American Journal of Psychiatry 128, 1972, 1414-1471

Adams, P.L.,
Obsessive children. A socio-psychiatric study.
Brunner & Mazel, New York, Butterworths, London 1973

Ambelas, A.,
Psychologically Stressful Events in the Precipitation of Manic Episodes.
British Journal of Psychiatry 135, (1), 1979, 15

Amsel, A.,
Frustration, persistence, and regression.
In: Kimmel, H.D. (Hrsg.)
Experimental Psychopathology
Academic Press, New York 1971, 51-69

Anatovsky, A. & Kats, R.,
The life crisis history as a tool in epidemiological research.
Journal of Health and Social Behaviour 8, 1967, 15-21

Andrews, G., Tennant, C., Hewson, D.M. & Vaillant, G.E.
Life event stress, social support, coping style, and risk of psychological impairment.
Journal of Nervous and Mental Disease 166, 1978, 307-316

Askevold, F. & Heiberg, A.,
Anorexia nervosa - Two cases in discordant MZ twins.
Psychotherapy and Psychosomatics 32, 1979, 223-238

Astrachan, B. et al.,
A checklist for the diagnosis of schizophrenia.
British Journal of Psychiatry 121, 1972, 529-539

Bandura, A.,
Principles of Behaviour Modification.
Holt, Rinehart und Winston, New York 1969

Barthelmes, H. & Zerssen, D. v.,
Das Münchner Psychiatrische Informationssystem (PSYCHIS München)
In: Reichartz, P.L. & Schwarz, B. (Hrsg)
Informationssysteme in der medizinischen Versorgung
Stuttgart, New York 1978

Bazeley, P. & Viney L.L.,
Women Coping with crisis: A Preliminary Community Study.
Journal of Community Psychology 2, (4), 1974, 321-329

Beck, A.T.
Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects.
New York 1967

Beck, J.C. & Worthen, K.,
Precipitating stress, crisis theory, and hospitalisation in schizophrenia and depression.
Archives of General Psychiatry 26, 1972, 123-129

Beech, H.R. & Liddell, A.,
Decision-making, mood states and ritualistic behaviour among obsessional patients.
In: Beech, H.E. (Hrsg):
Obsessional States
Methuen, London 1974

Bell, J.M.,
Stressful Life Events and Coping Methods in Mental-Illness and -Wellness Behaviors.
Nursing Research 26, (2), 1977, 136-141

Belschner, W., Dross, M., Hoffmann, M. & Schulze, Ch.,
In: Kallinke, D., Lutz, R. & Ramsay, R.W. (Hrsg)
Fortschritte der Klinischen Psychologie. Die Behandlung von Zwängen.
Urban und Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1979

Beumont, P.J.V., Abraham, S.F., Argall, M.J., George, G.C.W. & Glaun, D.E.,
The onset of anorexia nervosa.
Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 12, 1978, 145-149

Bieliavskas, L. & Webb, J.,
The social readjustment rating scale: validity in a college population.
Journal of Psychosomatic Research 18, 1974, 115

Birbaumer, N., Tunner, W., Lutzenberger, W. & Bauer, W.,
Psychopathologische Verläufe bei Vermeidungsverhalten.
Bericht über den 29. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie.
Hogrefe, Göttingen 1975

Birley, J.L.T. & Brown, G.W.,
Crisis and life changes preceding the onset or relapse of acute schizophrenia: Clinical aspects.
British Journal of Psychiatry 116, 1970, 327-333

Birtchnell, J.,
Depression in relation to early and recent parent death.
British Journal of Psychiatry 116, 1970, 229-306

Black, A.,
The natural history of obsessional neurosis.
In: Beech, H.E. (Hrsg):
Obsessional States
Methuen, London 1974

Blitzer, J.R., Rollins, N. & Blackwell, A.,
Children who starve themselves: Anorexia nervosa.
Psychosomatic Medicine 23, 1961, 369-383

Boskind-Lodahl, M.:
Cinderella's step-sisters:
A feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia.
Signs: Journal of Women in Culture and Society, 2, 1976, 342-356

Bradburn, N.M.,
The structure of Psychological Well-Being.
Aldine Publishing Company, Chicago 1969

Bramwell, S.T.,
Personality and Psychosocial Variables in College Athletes.
Medical Thesis, University of Washington, Seattle 1971

Brenner, B.,
Enjoyment as a Preventive of Depressive Affect.
Journal of Community Psychology 3, (4), 1975, 346-357

Bridges, P., Goktepe, E. & Maratos, J.,
A comperative review of patients with obsessional neurosis and with depression treated by psychosurgery.
British Journal of Psychiatry 123, 1973, 663-674

Briscoe, C.W. & Smith, J.B.,
Depression in bereavement and divorce.
Archives of General Psychiatry 32, 1975, 439-443

Brown, F.,
Heredity in the psychoneuroses.
Proceedings of the Royal Society of Medicine 35, 1942, 785-790

Brown, G.W.,
Meaning, measurement and stress of life events.
In: Dohrenwend, B.S. & Dohrenwend, B.P. (Hrsg):
Stressful Life Events: Their Nature and Effects.
New York 1974, 217-243

Brown, G.W., & Birley, J.L.T.,
Crises and life changes and the onset of schizophrenia.
Journal of Health and Social Behaviour 9, 1968, 203-214
Deutsch in: Cranach, M. von & Finzen, A. (Hrsg):
Sozialpsychiatrische Texte
Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1972

Brown, G.W. & Birley, J.L.T.,
Social precipitants of severe psychiatric disorders.
In: Hare, E.H. & Wing, J.K. (Hrsg):
Psychiatric epidemiology. An international symposium.
Oxford University Press, London, New York,
Toronto 1970

Brown, G.W. & Birley, J.L.T.,
The reporting of recent stress in the lives of psychiatric patients.
British Journal of Psychiatry 118, 1971, 378-379

Brown, G.W. & Birley, J.L.T.,
Die Bedeutung von Krisen und Lebensveränderungen für den Ausbruch von Schizophrenie.
In: Cranach, M. von & Finzen, A. (Hrsg):
Sozialpsychiatrische Texte
Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1972

Brown, G.W. & Harris, T.,
Social origins of Depression: A study of psychiatric disorder in women.
Tavistock Publications, London 1978

Brown, G.W., Sklair, F., Harris, T.O. & Birley, J.L.T.
Life-events and Psychiatric Disorder, Part I: Some Methodological Issues.
Psychological Medicine 3, 1973 a, 74-87

Brown, G.W., Harris, T.O. & Peto, I.,
Life-events and Psychiatric Disorders, Part II: Nature of Causal Link.
Psychological Medicine 3, 1973 b, 159-176

Brown, G.W., Harris, T. & Copeland, J.R.,
Depression and loss.
British Journal of Psychiatry 130, 1977, 1-18

Bruch, H.,
The insignificant difference: Discordant incidence of anorexia nervosa in monozygotic twins.
American Journal of Psychiatry 126, 1969, 85-90

Bruch, H.,
Eating disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within.
Basic Books, New York 1973

Bruch, H.,
The Golden Cage.
Cambridge, MA: Harvard University Press 1978

Bruch, H.,
Anorexia Nervosa:
In: Wurtman, J.J. & Wurtman, R.J. (Hrsg):
Nutrition and the brain.
Raven Press, New York 1979, 101-116

Cadoret, R.J., Winokur, G., Dorzab, J. et al.,
Depressive disease: Life events and onset of illness.
Archives of General Psychiatry 26, 1972, 133-136

Cahill, G.F., Aoki, T.T. & Rossini, A.A.,
Metabolism in obesity and anorexia nervosa.
In: Wurtman, R.J. & Wurtman, J.J. (Hrsg):
Nutrition and the brain. Vol. 3
Raven Press, New York 1979, 1-70

Caplan, M.G. & Douglas, V.I.,
Incidence of parental loss in children with depressed mood.
Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines 10, 1969, 225-232

Casay, R.L., Masuda, M. & Holmes, T.H.,
Quantitative study of recall of life events.
Journal of Psychosomatic Research 11, 1967, 239-247

Casper, R.C. & Davis, J.M.,
On the course of anorexia nervosa.
American Journal of Psychiatry 134, 1977, 974-978

Cassel, J.,
In: Struening, E. & Guttentag, M. (Hrsg):
Handbook of Evaluation Research.
Sage, Beverly Hills, Calif. 1975, 537

Celdran, H.H.,
The Cross-cultural Consistency of two Social Consensus Scales: The Seriousness of Illness Rating Scale and the Social Readjustment Rating Scale in Spain.
Medical Thesis, University of Washington, Seattle 1970

Charcot, J.M.,
Disease of the Nervous System.
The New Sydenham Society, London 1889

Chiriboga, D.A.,
Life Event Weighting System: A Comperative Analysis.
Journal of Psychosomatic Research 21, (6), 1977, 415-422

Chiriboga, D.A. & Dean, H.,
Dimensions of stress: Perspectives from a longitudinal study.
Journal of Psychosomatic Research 22, 1978, 47-55

Clancy, J., Crow, R., Winokur, G. et al.,
The Iowa 500: Precipitating factors in schizophrenia and primary affective disorder.
Comprehensive Psychiatry 14, 1973, 197-202

Clayton, P.J., Halikas, J.A. & Maurice, W.L.,
The depression of widowhood.
British Journal of Psychiatry 120, 1972, 71-78

Clum, G.A.,
Role of Stress in the prognosis of Mental Illness.
Journal of Consulting and Clinical Psychology 44, (1), 1976, 54-60

Cobb, J.M.,
Emotions and Clinical Medicine.
Norton, New York 1950

Cobb, S.,
Presidential Address - 1976. Social Support as a Moderator of Life Stress.
Psychosomatic Medicine 38, 1976, 300-314

Cochrane, R. & Robertson, A.,
The Life Events Inventory: A measure of the relative severity of psychosocial stressors.
Journal of Psychosomatic Research 17, 1973, 135-139

Cochrane, R. & Robertson, A.,
Stress in the Lives of Parasuicides.
Social Psychiatry 10, (4), 1975, 161-171

Cooley, E.J. & Keesey, J.C.,
Moderator variables in life stress and illness relationship.
Journal of Human stress 1981, 35-40

Cooper, B.,
Die Rolle von Lebensereignissen bei der Entstehung von psychiatrischen Erkrankungen.
Nervenarzt 51, 1980, 321-331

Cooper, B. & Sylph, J.,
Life Events and thé Onset of Neurotic Illness: An Investigation in General Practice.
Psychological Medicine 3, 1973, 421-435

Cooper, J. & McNeil, J.,
A study of houseproud housewives and their interaction with their children.
Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines 9, 1968, 173-188

Cowie, V.,
The incidence of neurosis in the children of psychotics.
Acta Psychiatrica Scandinavica 37, 1961, 37-71

Crisp, A.H.,
Clinical and therapeutic aspects of anorexia nervosa - A study of 30 cases.
Journal of Psychosomatic Research 9, 1965, 67-78

Crisp, A.H.,
Anorexia nervosa in an identical twin.
Postgraduate Medicine 42, 1966, 86-92

Crisp, A.H.,
Anorexia nervosa
Hospital Medicine 5, 1967, 713-718

Crisp, A.H.,
Premorbid factors in adult disorders of weight, with particular reference to primary anorexia nervosa (weight phobia). A literatur review.
Journal of Psychosomatic Research 14, 1970 b, 1-22

Crisp, A.H. & Toms, D.A.,
Primary anorexia nervosa or weight phobia in the male: Report on 13 cases.
British Medical Journal 1, 1972, 334-338

Crisp, A.H., Harding, B. & McGuinness, B.,
Anorexia Nervosa. Psychoneurotic characteristics of parents. Relationship to prognosis. A quantitative study.
Journal of Psychosomatic Research 18, 1974, 167-173

Crisp, A.H., Palmer, R.L. & Kalucy, R.S.,
How Common is Anorexia Nervosa? A Prevalence Study.
British Journal of Psychiatry 128, 1976, 549-554

Crook, T. & Eliot, J.,
Parental Death During Childhood and Adult Depression: A Critical Review of the Literature.
Psychological Bulletin 87, (2), 1980, 252-259

Dally, P.,
Anorexia Nervosa.
William Heinemann, London 1969

Dally, P.J. & Gomez, J.,
Anorexia Nervosa.
William Heinemann Medical Books Ltd., London 1979

Danish, S.J.,
Human development and human services: A marriage proposal.
In: Iscoe, I., Bloom, B.L. & Spielberger, C.C. (Hrsg)
Community psychology in transition.
New York 1977

Day, R.,
Life events and schizophrenia: The triggering hypothesis.
Acta Psychiatrica Scandinavica 64, (2), 1981, 97-122

Denneley, C.,
Childhood bereavement and psychiatric illness.
British Journal of Psychiatry 212, 1966, 1049-1069

Dohrenwend, B.S.,
Social status and stressful life events.
Journal of Personality and Social Psychology 28, 1973, 225-235

Dohrenwend, B.S. & Dohrenwend, B.P. (Eds.),
Stressful life events: Their nature and effects.
Wiley, New York 1974

Dohrenwend, B.S., & Dohrenwend, B.P.,
Some issues in research on stressful life events.
Journal of Nervous and Mental Disease 166, 1978, 7-15

Dohrenwend, B.S., Krasnoff, L., Askenasy, A.R. & Dohrenwend, B.P.,
Exemplificaton of a method for scaling life events: The Peri Life Event Scale.
Journal of Health and Social Behaviour 19, 1978, 205-229

Dressler, D.M., Donovan, J.M. & Geller, R.A.,
Life stress and emotional crisis: The idiosyncratic interpretation of life events.
Comprehensive Psychiatry 17, 1976, 549-558

Dudely, D.L. et al.,
Frequency and magnitude Distribution of Life Change in Heroin and Alcohol Addicts.
International Journal of the Addictions 11, (6), 1976, 977-987

Duncan, D.F.,
Life Stress as a Precursor to Adolescent Drug Dependence.
International Journal of the Addictions 12, (8), 1977, 1047-1056

Dwyer, J.T., Feldmann, J.J., Sletzer, C.C. & Mayer, J.,
Body image in adolescents: attitudes toward weight and perception of appearence.
American Journal of Clinical Nutrition 20, 1969, 1045-1056

Eaton, W.W.,
Life Events, Social Supports, and Psychiatric Symptoms: A Re-Analysis of the New Haven Data.
Journal of Health and Social Behaviour 19, (2), 1978, 230-234

Edwards, M.K.,
Life Crisis and Myocardial Infarction.
Master of nursing thesis, University of Washington, Seattle 1971

Eisler, R. & Polak, P.,
Social stress and psychiatric disorder.
Journal of Nervous and Mental Disease 153, 1971, 227-233

Eysenck, H.J.,
The Biological Basis of Personality.
Springfield, Ill.: Charles C. Thomas 1967

Feighner, J. et al.,
Diagnostic criteria for use in psychiatric research.
Archives of General Psychiatry 26, 1972, 57-63

Fichter, M.M. & Pirke, K.M.,
Somatische Befunde bei Anorexia nervosa und ihre differentialdiagnostische Wertigkeit.
Nervenarzt 53, 1982, 635-643

Fichter, M.M. & Wünscher-Stockheim, M.,
Die Pubertätsmagersucht. Symptomatik, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten.
Pädiatrische Praxis 22, 1979/80, 411-422

Filipp, S.H. (Hrsg)
Kritische Lebensereignisse.
München 1981

Filipp, S.-H. & Braukmann, W.,
Verfahren zur Erfassung kritischer Lebensereignisse
In: Filipp, S.-H. (Hrsg)
Kritische Lebensereignisse, München 1981

Fonberg, E.,
On the manifestation of conditioned defensive reactions in stress.
Bulletin de la société des Sciences et des lettres de Lödz, Classe III de Science Mathématiques et Naturelles.
Vol. VII, 1956, 1

Fontana, A.F., Pakusin, J.M., Marcus, J.L. & Dowds, B.,
Coping, Stress, and Life Events.
Proceedings of the 81st Annual Convention of the Amerian Psychological Association, Montreal, Canada
8, 1973, 369-370

Forrest, A.D., Fraser, R.H. & Priest, R.G.,
Environmental factors on depressive illness.
British Journal of Psychiatry 111, 1965, 243-253

Foulds, G.A.,
Personality and Personal Illness.
Tavistock, London 1965

Freud, S.,
Aus der Geschichte einer infantilen Neurose.
Gesammelte Schriften VIII, Leipzig, Wien, Zürich 1924

Fries, H.,
Studies on secondary amenorrhea, anoretic behaviour, and body image perception: Importance for the early recognition of anorexia nervosa.
In: Vigersky, R. (Hrsg),
Anorexia Nervosa.
Raven Press, New York 1977, 163-176

Fritz, W.D.,
Fragebogen zur Erfassung der Lebensbeeinträchtigung.
In Vorbereitung.

Frost, N.R. & Clayton, P.J.,
Bereavement and psychiatric hospitalization.
Archives of General Psychiatry 34, 1977, 1172-1175

Frydman, M.I.,
Social Support, Life Events and Psychiatric Symptoms: A Study of Direct, Conditional and Interaction Effects.
Social Psychiatry 16, 1981, 69-78

Garfinkel, P.E. & Garner, D.M.,
Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective.
Brunner & Mazel (Hrsg)
New York, Book Center, Montreal 1982

Garfinkel, P.E., Moldofsky, H. & Garner, D.M.,
The heterogeneity of anorexia nervosa: Bulimia as a distinct subgroup.
Archives of General Psychiatry 37, 1980, 1036-1040

Garner, D.M. & Garfinkel, P.E.,
Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa.
Psychological Medicine 10, 1980, 647-657

Garner, D.M., Garfinkel, P.E., Schwartz, D. & Thompson, M.,
Cultural expectation of thinness in women.
Psychiatric Report 47, 1980, 483-491

Gersten, J.C., Langner, T.S., Eisenberg, J.G. & Orzeck, L.,
Child behaviour and life events: Undesirable change or change per se?
In: Dohrenwend, B.S. & Dohrenwend, B.P. (Eds.):
Stressful Life Events: Their Nature and Effects.
John Wiley & Sons, New York 1974, 159-170

Gersten, J.C., Langner, T.S., Eisenberg, J.G. & Simcha-Fagan, O.,
An Evaluation of the Etiologic Role of Stressful Life-Change Events in Psychological Disorders.
Journal of Health and Social Behaviour 18, (3), 1977, 228-244

Giel, R., Ten Horn, G.H., Ormel, J., Schudel, W.J. & Wiersma, D.,
Mental Illness, Neuroticism and Life Events in an Dutch Village Sample: A Follow-Up.
Psychological Medicine 8, (2), 1978, 235-243

Gittleson, N.,
The effect of obsessions on depressive psychosis.
British Journal of Psychiatry 112, 1966 a, 253-259

Gittleson, N.,
Phenomenology of obsessions in depression.
British Journal of Psychiatry 112, 1966 d, 260-265

Goodwin, D., Guze, S. & Robins, E.,
Follow-up studies in obsessional neurosis.
Archives of General Psychiatry 20, 1969, 182-187

Gräser, H., Esser, H. & Saile, H.,
Einschätzung von Lebensereignissen und ihrer Auswirkungen.
In: Filipp, S.-H. (Hrsg):
Kritische Lebensereignisse.
München 1981

Grant, I., Teichmann, A. & Mendels, J.,
Recent Life Events and Diabetes in Adults.
Psychosomatic Medicine, 1974, 121-128

Grant, I., Gerst, M. & Yager, J.,
Scaling of life events by psychiatric patients and normals.
Journal of Psychosomatic Research 20, 1976, 141-149

Grant, I., Sweetwood, H.L., Yager, J. & Gerst, M.S.,
Patterns in the Relationship of Life Events and Psychiatric Symptom Over Time.
Journal of Psychosomatic Research, 22, (3), 1978, 183-191

Grant, I., Sweetwood, H.L., Yager, J., et al.,
Quality of life events in relation to psychiatric symptoms.
Archives of General Psychiatry 38, 1981, 335-339

Gray, J.A.,
The psychology of fear and stress.
Weidenfeld und Nicholson, London 1971

Gull, W.,
Anorexia Hysterica.
British Medical Journal 2, 1873, 527-528

Gull, W.W.,
Anorexia nervosa.
Transactions of the Clinical Society of London 7, 1974, 22-28

Gurin, G., Veroff, J. & Feld, S.,
Americans view their mental health: A nationwide survey.
Basic Books, New York 1960

Hall, A.,
Family structure and relationship of 50 female anorexia nervosa patients.
Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 12, 1978, 263-268

Hall, K.S., Dunner, D.L., Zeller, G. & Fieve, R.R.,
Bipolar Illness: A Prospective Study of Life Events.
Comprehensive Psychiatry 18, (5), 1977, 497-502

Halmi, K.A.,
Anorexia nervosa: demographic and clinical features in 94 cases.
Psychosomatic Medicine 36, 1974 a, 18-25

Halmi, K.A.,
Anorexia nervosa: Recent investigations.
Annual Review of Medicine 29, 1978, 137-148

Halmi, K.A. & Brodland, G.,
Monozygotic Twins concordant and discordant for anorexia nervosa.
Psychological Medicine 3, 1973, 521-524

Halmi, K.A., Goldberg, S.C., Eckert, E., Casper, R. & Davis, J.M.,
Pretreatment evaluation in anorexia nervosa.
In: Vigersky, R. (Hrsg),
Anorexia Nervosa.
Raven Press, New York 1977, 43-54

Halmi, K.A., Struss, A. & Goldberg, S.C.,
An investigation of Weights in the parents of anorexia nervosa patients.
Journal of Nervous and Mental Disease 166, 1978, 358--361

Halmi, K.A., Casper, R.C., Eckert, E.D., Goldberg, S.C. & Davis, J.M.,
Unique features associated with age of onset of anorexia nervosa.
Psychiatric Research 1, 1979, 209-215

Harder, D.W.,
Life Events and Two Year Outcome in Schizophrenia.
Journal of Consulting and Clinical Psychology 49, (5), 1981, 619-629

Harding, B., (1977)
In: Garfinkel, P.E. & Garner, D.M. (Hrsg),
Anorexia Nervosa. A multidimensional perspective.
Brunner/Mazel, New York, Book Center, Montreal 1982

Hare, B.D.,
Life Events and Alcoholic Relapse.
British Journal of Addiction 66, 1971, 83-88

Harmon, D.K., Masuda, M. & Holmes, T.H.,
The Social Readjustment Rating Scale: A Cross Cultural Study of Western Europeans and Americans.
Journal of Psychosomatic Research 14, 1970, 391-400

Harris, J.L. & Landreth, G.L.,
Predicting seriousness of illness using external stress, imagery, and other cognitive mediating variables.
Journal of Human Stress 7, (4), 1981, 27-35

Havens, E.M. & Corden, T.J.,
Female Intergenerational Occupational Mobility: Comparison of Patterns.
American Sociological Review 37, 1972, 774-7

Hawkins, N.G., Davies, R. & Holmes, T.H.,
Evidence of psychological factors in the development of pulmonary tuberculosis.
American Review of Tuberculosis 75, 1957, 768-780

Heath, R.G.,
Pleasure response of human subjects to direct stimulation of the brain. Psychologic and psychodynamic considerations.
In: Heath, R.G. (Ed.):
The role of pleasure in behaviour
Harper & Row, New York 1964

Hill, O.W. & Price, J.S.,
Childhood bereavement and adult depression.
British Journal of Psychiatry 113, 1967, 743-751

Hoffmann, H. & Noem, A.A.,
Social Background Variables, Referral Sources and Life Events of Male and Female Alcoholics.
Psychological Report 37, 1975, 1087-1092

Holland, J.G. & Skinner, B.F.,
The Analysis of Behaviour.
New York 1961

Holmes, T.S.,
Adaptive behaviour and health change.
Medical Thesis, University of Washington, Seattle 1970

Holmes, T.H. & Masuda, M.,
Life change and illness suspectibility.
In: Dohrenwend, B.S. & Dohrenwend, B.P. (eds.):
Stressful life events: Their nature and effects.
John Wiley & Sons, New York 1974

Holmes, T.H. & Rahe, R.H.,
The social readjustment rating scale.
Journal of Psychosomatic Research 11, 1967, 213-218

Horowitz, H.A.,
Lithium and the treatment of adolescent manic depressiv illness.
Diseases of the Nervous System 38, 1977, 480-483

Horowitz, H.A., Schaefer, C., Hiroto, D., Wilner, N. & Levin, B.,
Life Event Questionnaires for Measuring Presumptive Stress.
Psychosomatic Medicine 39, 1977, 413-431

Hough, R.L., Fairbank, D.T. & Garcia, A.M.,
Problems in the ratio measurement of life stress.
Journal of Health and Social Behaviour 17, 1976, 70-82

Hsu, L.K.G.,
Outcome of anorexia nervosa. A Review of the literature (1954 to 1978).
Archives of General Psychiatry 37, 1980, 1041-1046

Hsu, L.K.G., Crisp, A.H. & Harding, B.,
Outcome of anorexia nervosa.
Lancet 1, 1979, 61-65

Hudgens, R.W.,
Personal catastrophe and depression: A consideration of the subject with respect to medically ill adolescents, and a requiem for retrospective life-event studies.
In: Dohrenwend, B.S. & Dohrenwend, B.P. (Hrsg):
Stressful life events: Their nature and effects.
New York 1974, 119-135

Hudgens, R., Morrison, J. & Barcha, R.,
Life events and onset of primary affective disorders.
Archives of General Psychiatry 16, 1967, 134-145

Hull, D.,
Life circumstances and physical illness: A cross disciplinary survey of research content and method for the decade 1965-1975.
Journal of Psychosomatic Research 21, 1977, 115-139

Hurst, M.W., Jenkins, C.D. & Rose, R.M.,
The Assessment of Life Change Stress: A Comperative and Methodological Inquiry.
Psychosomatic Medicine 40, (2), 1978, 126-141

Husaini, B.A. & Neff, J.A.,
Characteristics of Life Events and Psychiatric Impairment in Rural Communities.
Journal of Nervous and Mental Disease 186 (3), 1980, 159-166

ICD 300.3: Zwangsneurose.
Aus: Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten.
Springer, Berlin 1973

Ingram, I.M.,
Obsessional illness in mental hospital patients.
Journal of Mental Science 197, 1961, 382-402

Inouye, E.,
Similar and dissimilar manifestations of obsessive-compulsive neurosis in monozygotic twins.
American Journal of Psychiatry 121, 1975, 1171-1175

Isen, A.M., Shalker, T.E., Clark, M. & Karo, L.,
Affect, accessibility of material in memory, and behaviour: cognitive loop?
Journal of Personality and Social Psychology 36, 1978, 1-12

Jacobs, H.S., Knuth, U.A., Hull, M.G.R. & Franks, S.,
Post-"pill" amenorrhea - cause or concidence?
British Medical Journal 2, 1977, 940-942

Jacobs, S. & Myers, J.,
Recent life events and acute schizophrenic psychosis: A controlled study.
Journal of Nervous and Mental Disease 1961, 1976, 75-87

Jacobs, S.C., Prusoff, B.A. & Paykel, E.S.,
Recent life events in schizophrenia and depression
Psychological Medicine 4, 1974, 444-453

Jenkins, C.D., Hust, M.W. & Rose, R.M.,
Life Changes: Do People Really Remember?
Archives of General Psychiatry 36, (4), 1979, 379-384

Jensen, L.,
Anorexia Nervosa.
Acta Psychiatrica Scandinavica (Suppl.) 203, 1968, 113-115

Johnson, J.H. & Sarason, I.G.,
Life stress, depression and anxiety: Internal-external control as a moderator variable.
Journal of Psychosomatic Research 22, 1978, 205-208

Johnson, J.H. & Sarason, I.G.,
Recent developments in research on life stress.
In: Hamilton, V. & Warburton, D.M. (Hrsg):
Human Stress and cognition.
Chichester 1979, 205-238

Jones, D.J., Fox, M.M., Babigan, H.M. & Hutton, H.E.,
Epidemiology of anorexia nervosa in Monroe County, New York 1960-1976.
Psychosomatic Medicine 42, 1980, 551-558

Justice, B., Gold, R.S. & Klein, J.P.,
Life events and burnout.
Journal of Psychology 108, (2), 1981, 219-226

Kalucy, R.C., Crisp, A.H. & Harding, B.,
A study of 56 families with anorexia nervosa.
British Journal of Medical Psychology 50, 1977, 381--395

Kanner, A.D., et al.,
Conspicious in its absence: The lack of positiv conditions as a source of stress.
Journal of Human Stress 4, (1), 1978, 33-39

Katschnig, H.,
Methodische Probleme der Life-Event Forschung
Nervenarzt 51, 1980, 332-343

Katschnig, H.,
Sozialer Streß und psychische Erkrankung:
Lebensverändernde Ereignisse als Ursache seelischer Störungen.
Urban und Schwarzenberg, Wien, München, Baltimore 1980

Kay, D.W.K. & Leigh, D.,
The natural history, treatment and prognosis of anorexia nervosa, based on a study of 38 patients.
Journal of Mental Science 100, 1954, 411-431

Kay, D.W.K. & Schapira, K.,
The prognosis in anorexia nervosa.
In: Meyer, J.E. & Feldmann, H. (Hrsg)
Ancrexia Nervosa. Symposium (24/25 April 1965 in Göttingen).
Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1965, 113-117

Kendell, R.E., Hall, D.H., Hailey, A. & Babigan, H.M.,
The epidemiology of anorexia nervosa.
Psychological Medicine 3, 1973, 200-203

Kessler, R.C.,
A strategy for studying differential vulnerability to the psychological consequences of stress.
Journal of Health and Social Behavior 20, 1979, 100-108

Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelson, O. & Taylor, H.L.,
The biology of human starvation.
Minneapolis University of Minnesota Press 1950

Kilhann, P.R., Laval, R. & Wanlass, R.L.,
Locus of control and perceived adjustment to life events.
Journal of Clinical Psychology 34, (2), 1978, 512-513

Knapp, S.,
Life Events, Rationality and Emotional Disturbance.
Psychological Reports 45, 1979, 510

Komaroff, A.L., Masuda, M. & Holmes, T.H.,
The Social Readjustment Rating Scale: A comparative study of Negro-Mexican and White Americans.
Journal of Psychosomatic Research 12, 1968, 121-128

Kringlen, E.,
Obsession neurotics: A long-term follow-up.
British Journal of Psychiatry 11, 1965, 709-722

Kringlen, E.,
Natural history of obsessional neurosis.
Seminars in Psychiatry 2, 1970, 403-419

Kuiper, P.C.,
Die seelischen Krankheiten des Menschen
Huber, Bern 1969

Lahniers, C.E. & White, K.,
Changes in environmental life events and their relationship to psychiatric hospital admissions.
Journal of Nervous and Mental Disease 163, 1976, 154--158

Lazarus, R.S.,
Psychological Stress and the Coping Process.
McGraw-Hill, New York 1966

Lazarus, R.S.,
Streß und Streßbewältigung - ein Paradigma.
In: Filipp, S.-H., (Hrsg):
Kritische Lebensereignisse.
Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore 1981

Lefcourt, H.M., Miller, R.S., Ware, E.E. & Sherk, D.,
Locus of control as a modifier of the relationship between stressors and moods.
Journal of Personality and Social Psychology 41, (2), 1981, 357-369

Leff, J.P. & Vaughn, C.E.,
The Interaction of Life Events and Relatives Expressed Emotion in Schizophrenia and Depressive Neurosis.
British Journal of Psychiatry 136, 1980, 146-153

Leff, J., Hirsch, S., Gaind, R., Rhode, P. & Stevens, B.,
Life events and manintenance therapy in schizophrenic relaps.
British Journal of Psychiatry 123, 1973, 659-660

Lehman, E.R.,
Symptom Contamination of the Schedule of Recent Events.
Journal of Consulting and Clinical Psychology 46, (6), 1978, 1564-1565

Lewis, A.J.,
Melancholia: A clinical survey of depressive states.
Journal of Mental Science 80, 1934, 1-42

Lewis, A.J.,
Problems of obsessional illness.
Proceedings of the Royal Society of Medicine 29, 1936, 325-326

Lewis, A.J.,
Inquiries in Psychiatry.
Routledge and Kegan Paul, London 1967 a

Lewis, A.J.,
The State of Psychiatry
Routledge and Kegan Paul, London 1967 d

Lewinsohn, F.M., Lobitz, C. & Wilson, S.,
"Sensitivity" of depressed individuals to aversive stimuli.
Journal of Abnormal Psychiatry 81, 1973, 259-263

Lin, N., Simeone, R.S., Ensel, W.M. & Kuo, W.,
Social support, stressful life events and illness: A model and an empirical test.
Journal of Health and Social Behaviour 20, 1979, 108-119

Lloyd, C.,
Life Events and Depressive Disorder Reviewed: Events as Predisposy Factors.
Archives of General Psychiatry 37, (5), 1980, 529-539

Lloyd, C.,
Life Events and Depressive Disorders Reviewed: Events as Precipitating Factors.
Archives of General Psychiatry 37, (5), 1980, 541-548

Lloyd, G.G. & Lishman, W.A.,
Effect of depression on the speed of recall of pleasant and unpleasant experiences.
Psychological Medicine 5, 1975, 173-180

Lloyd, C., Zisook, S., Click M. & Juffe, K.E.,
Life Events and Response to antidepressants.
Journal of Human Stress 7, (1), 1981, 2-15

Lo, W.,
A follow-up study of obsessional neurotics in Hong Kong Chinese.
British Journal of Psychiatry 113, 1967, 823-832

Lorr, M., Klett, C.J., McNair, D.M. & Lasky, J.J.,
Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale.
Psychological Press, Palo Alto (California) 1963

Lowenthal, F.M., Thurner, M. & Chiriboga, D.,
Four stages of life: A comparative study of women and men facing transitions. San Francisco 1975

Lundberg, U. & Theorell, T.,
Scaling of life changes: Differences between three diagnostic groups and between recently experienced and non-experienced events.
Journal of Human Stress 2, (2), 1976, 7-17

Mac Phillamy, D.J. & Lewinsohn, P.M.,
Depression as a function of levels of desired and obtained pleasure.
Journal of Abnormal Psychology 83, 1974, 651

Mahoney, M.,
Cognitive therapy and research: A question of questions.
Cognitive Therapie and Research 1, 1977, 5-17

Maier, N.R.F.,
Frustration: The Study of Behaviour without a Goal.
McGraw Hill, New York 1949

Maier, N.R.F. & Klee, I.B.,
Studies of abnormal behaviour in the rat. XVII.
Guidance versus trail and arrest in the alternation of habits and fixations.
Journal of Psychology 19, 1945, 133-163

Maier, N.R.F. & Ellen, P.,
The effects of three reinforcement patterns on position stereotypes.
American Journal of Psychology 68, 1955, 83-95

Malzberg, B.,
Mental disease among foreign-born in Canada 1950-1952 in relation to period of imigration.
American Journal of Psychiatry 120, 971-973
In: Cooper, B.:
Nervenarzt 51, 1980, 321-331

Marks, I.M., Crowe, M., Drewe, E., Young, T. & Dewhurst, W.G.,
Obsessional-compulsive neurosis in identical twins.
British Journal of Psychiatry 115, 1969, 991-998

Markush, R.E. & Favero, R.V.,
Epidemiologic assessment of stressful life events, depressed mood, and psychophysiological symptoms - a preliminary report.
In: Dohrenwend, B.S. & Dohrenwend, B.P. (Hrsg):
Stressful Life Events.
Wiley, New York 1974, 171-190

Marshall, M.H.,
Anorexia nervosa: Dietry treatment and re-establishment of body weight in 20 cases studies on a metabolic unit.
Journal of Human Nutrition 32, 1978, 349-357

Masuda, M. & Holmes, T.H.,
The Social Readjustment Rating Scale.
Magnitude estimations of social readjustment.
Journal of Psychosomatic Research 11, 1967 a, 227-237

Masuda, M. & Holmes, T.H.,
A cross cultural study of Japanese and Americans.
Journal of Psychosomatic Research 11, 1967 b, 227-237

McFarlane, A.H., Norman, G.R., Streiner, D.L., Roy, R. & Scott, D.J.,
A longitudinal study of the influence of the psychosocial environment on health status: A preliminary report.
Journal of Health and Social Behaviour 21, 1980, 124-133

Mechanic, D.,
Some problems in the measurement of stress and social readjustment.
Journal of Human Stress 2, 1975, 43-48

Mehrabian, A. & Ross, M.,
Illness, Accidents, and Alcohol Use as Functions of the Arousing Quality and Pleasantness of Life Changes.
Psychological Reports 45, (1), 1979, 31-43

Mellet, P.G.,
The Clinical Problem. Chapter 3
In: Beech, H.R. (Hrsg)
Obsessional States.
Methuen, London 1974

Mendels. J. & Weinstein, N.,
Schedule of recent experience.
Psychosomatic Medicine 34, (6), 1972, 527-531

Minuchin, S., Rosman, B.L. & Baker, L.,
Psychosomatic Families: Anorexia nervosa in context.
Cambridge, MA: Harvard University Press 1978

Montada, L.,
Kritische Lebensereignisse im Brennpunkt: Eine Entwicklungsaufgabe für die Entwicklungspsychologie?
In: Filipp, S.-H. (Hrsg):
Kritische Lebensereignisse
München 1981

Morgan, H.G. & Russell, G.F.M.,
Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: Four-year follow-up study of 41 patients.
Psychological Medicine 5, 1975, 355-372

Mueller, D.P., Edwards, D.W. & Yarvis, R.M.,
Stressful life events an psychiatric symptomatology: Change or undesirability?
Journal of Health and Social Behaviour 18, 1977, 307-317

Mueller, D.P., Edward, D.W. & Yarvis, R.M.,
Stressful Life Events and Community Mental Health Center Patients.
Journal of Nervous and Mental Disease 166, (1), 1978, 16-24

Mules, J.E., Hague, W.H. & Dudley D.L.,
Life Change, its Perception and Alcohol Addiction.
Journal of Studies on Alcohol 38, (3) 1977, 487-493

Munro, A. & Griffiths, A.B.,
Some psychiatric nonsequelae of childhood bereavement.
British Journal of Psychiatry 11, 1969, 305-311

Murphy, E. & Brown, G.W.,
Life events, psychiatric disturbance and physical illness.
British Journal of Psychiatry 136, 1980, 326-338

Myers, J.K., Lindenthal, J.J. & Pepper, M.P.,
Life Events and Psychiatric Impairment.
Journal of Nervous and Mental Disease 152, (3), 1971, 149-157

Myers, J.K., Lindenthal, G.G., Pepper, M.P. & Ostrander, D.L.,
Life Events and Mental Status: A Longitudinal Study.
Journal of Health and Social Behaviour 13, 1972, 398-406

Nemeth, J.M.,
Anorexia nervosa in one dizygotic twin.
The Psychiatric Forum. Fall, 1977, 45-50

Neugebauer, R.,
The Reliability of Life-Event Reports.
In: Dohrenwend, B.S. & Dohrenwend, B.P. (Hrsg):
Stressful Life Events and Their Contexts.
Prodist, New York 1981, 85-107

Nissen, G.,
Passagere Zwangsphänomene im Kleinkindesalter.
In: Jahresblatt für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete 8, 1971, 46-54

Olds, J.,
Hypothalamic substrates of reward.
Physiological Review 42, 1962, 554-604

Pfaffenbarger, R.S.,
Epidemiological aspects of parapartum mental illness.
British Journal of Preventative and Social Medicine 18, 1964, 189-195

Parkes, C.M.,
Recent bereavement as a cause of mental illness.
British Journal of Psychiatry 110, 1964, 198-204

Pasley, S.,
The Social Readjustment Rating Scale: A study of the significance of life events in age groups ranging from college freshmen to seventh grade.
As part of Tutorial in Psychology, Chatham College, Pittsburgh 1969

Patrick, V., Dunner, D.L. & Fieve, R.R.,
Life Events and Primary Affective Illness.
Acta Psychiatrica Scandinavica 58, (1), 1978, 48-55

Paykel, E.S.,
Life Stress and Psychiatric Disorder: Applications of the Clinical Approach.
In: Dohrenwend, B.S. & Dohrenwend, B.P. (eds.),
Stressful Life Events: Their Nature and Effects.
John Wiley & Sons, New York 1974, 135-149

Paykel, E.S.,
Recent life events and clinical depression.
In: Gunderson, E.K.E. & Rahe, R.H. (Hrsg),
Life Stress and Illness.
Springfield 1974, 134-163

Paykel, E.S.,
Life Stress, Depression and Attempted Suicide.
Journal of Human Stress 2, (3), 1976, 3-12

Paykel, E.S.,
Contribution of life events to causation of psychiatric illness.
Psychological Medicine 8, 1978, 245-253

Paykel, E.S.,
Der Bedeutungsgehalt lebensverändernder Ereignisse und die inividuelle Disposition: Ihre Rolle bei der Entstehung psychischer Erkrankungen.
In: Katschnig, H. (Hrsg),
Sozialer Streß und psychische Erkrankung - Lebensverändernde Ereignisse als Ursache seelischer Störungen? München 1980, 195-213

Paykel, E.S. & Tanner, J.,
Life events, depressive relapse and maintenance treatment.
Psychological Medicine 6, 1976, 481-485

Paykel, E.S. & Uhlenhuth, E.H.,
Rating the magnificance of life stress.
Canadian Psychiatric Association Journal 17, 1972, 93-100

Paykel, E.S., Myers, J.K., Dunelt, M.W., Klerman, G.L., Lindenthal, J.J. & Pepper, M.P.,
Life events and depression. A controlled study.
Archives of General Psychiatry 21, 1969, 753-760

Paykel, E.S., Prusoff, B.A. & Klerman, G.L.,
The Endogenous-Neurotic Continuum in Depression: Rater Independance and Factor Distributions.
Journal of Psychiatric Research 8, 1971, 73-90

Paykel, E.S., Prusoff, B.A. & Uhlenhuth, E.H.,
Scaling of life events.
Archives of General Psychiatry 25, 1971 a, 340-347

Paykel, E.S., Prusoff, B.A. & Myers, J.K.,
Suicide attempts and recent life events: A controlled comparison.
Archives of General Psychiatry 32, (3), 1975, 327-333

Petermann, F.,
Identifikation und Effektanalyse von kritischen Lebensereignissen.
In: Filipp, S.-H. (Hrsg),
Kritische Lebensereignisse.
München 1981

Pierloot, R.A., Wellens, W. & Houben, M.E.,
Elements of Resistance to a Combined Medical and Psychotherapeutic Program in Anorexia nervosa.
Psychotherapy and Psychosomatics 25, 1975, 101-117

Pollitt, J.,
Natural history of obsessional states.
British Medical Journal 1, 1957, 195-198

Pugh, T.F., Jerath, B.K., Schmidt, W.H. & Reed, R.B.,
Rates of mental disease related to childbearing.
New England Journal of Medicine 268, 1963, 1224-1228

Quint, H.,
In: Hahn, P. & Stolze, H. (Hrsg),
Zwangssyndrome und Zwangskrankheit. Vorträge der
22. Lindauer Psychotherapiewochen 1972
J.F. Lehmanns Verlag, München 1972

Rabkin, J.G.,
Stressful Life Events and Schizophrenia: A Review of
the Research Literature.
Psychological Bulletin 87, (2), 1980, 408-425

Rabkin, G.J. & Struening, E.L.,
Life events, stress and illness.
Science 194, 1976, 1013-1020

Rachman, S.,
The modification of obsessions: A new formulation.
Behaviour Research and Therapy 14, 1976 a, 437-443

Rachman, S.,
The passing of the two-stage theory of fear and
avoidance.
Behaviour Research and Therapy 14, 1976 b, 125-131

Rachman, S.,
Observational learning and therapeutic modeling.
In: Feldman, P. & Broadhurst, A. (Hrsg),
Theoretical and Experimental Bases of the
Behaviour Therapies
John Wiley & Sons, New York 1976 c

Rachman, S.,
Psychosurgical treatment of obsessional-compulsive
disorders
In: Valenstein, E. (Hrsg),
The Psychosurgery Debate
H.W. Freeman, San Francisco 1979

Rachman, S.J. & Hodgson, R.J.,
Obsessions and Complusions
Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey 1980

Rahe, R.H.,
Life change measurement as a predictor of illness.
Proceedings of the Royal Society of Medicine 61,
1968, 1124-1126

Rahe, R.H.,
Multi-cultural correlation of life change scaling: America, Japan, Denmark and Sweden.
Journal of Psychosomatic Research 13, 1969 a, 191-195

Rahe, R.H.,
Subjects' Recent Life Changes and Their Near Future Illness Reports.
Annals Clinical Research 4, 1972, 250-265

Rahe, R.H.,
Life change and subjects' subsequent illness reports.
In: Gunderson, E.K.E. & Rahe, R.H. (Hrsg),
Life stress and illness.
Springfield 1974, 58-78

Rahe, R.H.,
The pathway between subjects' recent life changes and their near future illness reports: Representative results and methodological issues.
In: Dohrenwend, B.S. & Dohrenwend, B.P. (eds.),
Stressful Life Events: Their Nature and Effects.
John Wiley & Sons, New York 1974

Rahe, R.H.,
Life change measurement clarification
Psychosomatic Medicine 40, 1978, 95-97

Rahe, R.H. & Arthur, R.J.,
Life change and illness studies: Past history and future.
Journal of Human Stress 4, 1978, 3-15

Rahe, R.H. & Lind, E.,
Psychological factors and sudden cardial death: A pilot study.
Journal of Psychosomatic Research 15, 1971, 19-24

Rahe, R.H. & Paasikivi, J.,
Psychosocial factors and myocardial infarction II: An outpatient study in Sweden.
Journal of Psychosomatic Research 15, 1971, 33-39

Rahe, R.H., Meyer, M., Smith, M. et al.
Social stress and illness inset.
Journal of Psychosomatic Research 8, 1964, 35

Rahe, R.H., Mahan, J.L. & Arthur, R.J.,
Prediction of new-future health change from subjects' preceding life-changes.
Journal of Psychosomatic Research 14, 1970, 401-406

Reich, J.W. & Zautra, A.,
Life events and personal causation: Some relationships with satisfaction and distress.
Journal of Personality and Social Psychology 41, (5), 1981, 1002-1012

Richter, K.,
Über einen Fall von gleichzeitigem Vorkommen von Epilepsie und Zwangsphänomenen.
Nervenarzt 32, 1961, 279-281

Riegel, K.F.,
From traits and equilibrium toward developmental dialectics.
In: Arnold, W.I. & Cole, I.K. (Hrsg), Nebraska Symposium on Motivation.
Lincoln 1975 b, 349-407

Rosenberg, C.,
Familial aspects of obsessional neurosis.
British Journal of Psychiatry 113, 1967, 405-413

Rosenthal, G.,
Genetic Theory and Abnormal Behavior.
McGraw-Hill, New York 1970

Ross, C.E. & Mirowsky, J.,
A comparison of life event weighting schemes: Changes, undesirability, and effect-promotional indices.
Journal of Health and Social Behaviour 20, 1979, 166-177

Rowland, C.V.,
Anorexia nervosa - A survey of the literature and review of 30 cases.
International Psychiatry Clinics 7, 1970, 37-137

Roy, A.,
Vulnerability factors and depression in women.
British Journal of Psychiatry 133, 1978, 106-110

Rubin, R.T., Gunderson, E.K.E. & Arthur, R.J.,
Life stress and illness patterns in the U.S. Navy. V. Prior life change and illness onset in a battle-ship crew.
Journal of Psychosomatic Research 15, 1971, 89-94

Ruch, L.O. & Holmes, T.H.,
Scaling of life change: Comparison of direct and indirect methods.
Journal of Psychosomatic Research 15, 1971, 221-227

Rudin, E.,
Ein Beitrag zur Frage der Zwangskrankheit.
Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 191, 1953, 14-54

Rümke, H.C.,
Über die Klinik und Psychopathologie der Zwangserscheinungen
In: Eine blühende Psychiatrie in Gefahr. Ausgewählte Vorträge und Aufsätze.
Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1967, 76-100

Rutter, M.,
Children of Sick Parents.
Oxford University Press, London 1966

Sarason, I.G., Johnson, J.H. & Siegel, J.M.,
Assessing the impact of life changes: Development of the Life Experiences Survey.
Journal of Consulting and Clinical Psychology 46, 1978, 932-946

Schachter, S.,
The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state,
In: Berhowitz, L. (ed.),
Advances in experimental social psychology
New York, Academic Press 1964, 1

Schachter, S. & Singer, J.E.,
Cognitive, social and physiological determinants of emotional state.
Psychological Review 69, 1962, 379-399

Schless, A., Schwartz, L., Goetz, Ch. & Mendels, J.,
How depressives view the significance of life events.
British Journal of Psychiatry 125, 1974, 406-410

Schmid, I., Scharfetter, C. & Binder, J.,
Lebensereignisse in Abhängigkeit von soziodemographischen Variablen: Eine Erhebung an einer Stichprobe aus der Normalpopulation mittels des Brown'schen Inventars.
Social Psychiatry 16, 1981, 63-68

Schneider, K.,
Klinische Psychopathologie
Thieme, Stuttgart 1962

Schultz-Hencke, H.,
Lehrbuch der analytischen Psychotherapie.
Thieme, Stuttgart 1951

Schwartz, C.C. & Myers, J.K.,
Life events and schizophrenia. I. Comparison of schizophrenics with a community sample.
Archives of General Psychiatry 34, (10), 1977, 1238--1241

Schwartz, C.C. & Myers, J.K.,
Life events and schizophrenia. II. Impact of life events and symptom configuration.
Archives of General Psychiatry 34, (10), 1977, 1242-1245

Schwartz, D.M., Thompson, M.G. & Johnson, C.L.,
Anorexia nervosa and Bulimia. The socio-cultural context.
The International Journal of Eating disorders, 1981, 20-36

Selvini Palazzoli, M.P.,
Anorexia Nervosa.
Caucer, London 1974

Selye, H.,
The stress of life.
New York 1956

Seppa. M.T.,
The Social Readjustment Rating Scale and the Seriousness of Illness Rating Scale: A comparison of Salvadorans, Spanish and Americans.
Medical Thesis, University of Washington, Seattle 1972

Sethi, B.B.,
Relationship of seperation to depression.
Archives of General Psychiatry 10, 1964, 486-496

Shapiro, D.,
Neurotic Styles.
Basic Book, New York 1965

Shields, J.,
Heredity and psychological abnormality.
In: Eysenck, H.J. (Hrsg)
Handbook of Abnormal Psychology, 2nd ed.
Pitmans, London 1973

Sidman, M., Herrnstein, R.J. & Conrad D.C.,
The maintenance of avoidance behaviour by unavoidable shock.
Journal of comparative physiological Psychology 50, 533-557

Siegrist, J.,
Die Bedeutung von Lebensereignissen für die Entstehung körperlicher und psychosomatischer Erkrankungen.
Nervenarzt 51, 1980, 313-320

Simmonds, M.,
Über Hypophysisschwund mit tödlichem Ausgang.
Deutsche Medizinische Wochenschrift 40, 1914, 322-323

Simmons, R.C. & Kessler, M.D.,
Identical twins simultaneously concordant for anorexia nervosa.
Journal American Academy of Child's Psychiatry 18, 1979, 527-536

Slater, E. & Cowie, V.,
The Genetics of Mental Disorders.
Oxford University Press, London 1971

Smith, R.E., Johnson, J.H. & Sarason, J.G.,
Life Change, the Sensation Seeking Motive, and Psychological Distress .
Journal of Consulting and Clinical Psychology 46, (2), 1978, 348-349

Sobell. L.C. & Sobell M.B.,
Outpatient Alcoholics Give Valid Self-Reports.
Journal of Nervous and Mental Disease 1961, (1), 1975, 32-42

Sours, J.A.,
The anorexia nervosa syndrome.
International Journal of Psychoanalysis 55, 1974,567-579

Spiel, W.,
Zwangserscheinungen im Erleben und Verhalten unter besonderer Berücksichtigung des Kindes- und Jugendalters.
In: Hahn, P. & Stolze, H. (Hrsg)
Zwangssyndrom und Zwangskrankheit
Lehmann, München 1974

Steinberg, H.R. & Durell, J.,
A stressful situation as a precipitant of schizophrenic symptoms.
British Journal of Psychiatry 114, 1968, 1097-1105

Stone, A.A. & Neale, J.M.,
Hypochondriasis and tendency to adapt the sick role as moderators of the relationship between life-events and symptomatology.
British Journal of Medical Psychology 54, (1), 1981, 75-81

Straus, R.,
The life record of an alcoholic.
Quarterly Journal of Studies on Alcohol 34, 1973, 1212-1219

Süllwold, L.,
In: Kallinke, D., Lutz, R. & Ramsay, R.W. (Hrsg) Fortschritte der Klinischen Psychologie. Die Behandlung von Zwängen.
Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1979

Surtees, P.G. & Ingham, J.G.,
Life Stress and Depressive Outcome: Application of a Dissipation Model to Life Events.
Social Psychiatry 15, (1), 1980, 21-31

Szyrynski, V.,
Anorexia nervosa and psychotherapy.
American Journal of Psychotherapy 27, 1973, 492-505

Teasdale, J.D. & Fogarty, S.J.,
Differential Effects of Induced Mood on Retrieval of Pleasant and Unpleasant Events from Episodic Memory.
Journal of Abnormal Psychology 88, (3), 1979, 248-257

Tennant, C. & Andrews, G.,
A scale to measure the stress of life events.
Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 10, 1976, 27-32

Tennant, C.H., Bebbington, P. & Hurry, J.,
Parental Death in Childhood and Risk of Adult Depressive Disorders: A Review.
Psychological Medicine 10, (2), 1980, 289-299

Theander, S.,
Anorexia nervosa. A psychiatric investigation of 94 female patients.
Acta Psychiatrica Scandinavica (Suppl.) 214, 1970, 1-194

Theorell, T.,
Life events before and after the onset of a premature myocardial infarction.
In: Dohrenwend, B.S. & Dohrenwend, B.P. (eds.), Stressful Life Events: Their Nature and Effects.
John Wiley & Sons, New York 1974, 101-117

Theorell, T. & Rahe, R.H.,
Psychosocial factors and myocardial infarction I.
An inpatient study in Sweden.
Journal of Psychosomatic Research 15, 1971, 25-31

Thoma, H.,
Anorexia Nervosa (translated by G. Brydone).
International Universities Press, New York 1967

Thompson, K.C. & Hendrie, H.C.,
Environmental stress in primary depressive illness.
Archives of General Psychiatry 26, 1972, 130-132

Thompson, M.G. & Schwartz, D.M.,
Life Adjustment of Women with Anorexia nervosa and Anorexic-Like Behavior
The International Journal of Eating Disorders, Winter 1982

Tienari, P.,
Psychiatric illness in identical twins.
Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl. 171, 1963

Tollefson, D.J.,
The relationship between the occurence of fractures and life crisis events.
Master of Nursing thesis, University of Washington, Seattle 1972

Tunner, W.,
In: Kallinke, D., Lutz, R. & Ramsay, R.W. (Hrsg)
Forschritte der Klinischen Psychologie. Die Behandlung von Zwängen
Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 1979

Tseng, W.,
Psychopathologic study of obsessive -compulsive neurosis in Taiwan.
Comprehensive Psychiatry 14, 1973, 139-150

Tyson, G.A.,
Locus of control and stressful life events.
South African Journal of Psychology 11, (3), 1981, 116-117

Uhlenhuth, E.H. & Paykel, E.S.,
Symptom Configuration and Life Events.
Archives of General Psychiatry 28, (5), 1973, 744-748

Vinokur, A. & Selzer, M.I.,
Life events, stress and mental distress.
Proceedings 81st Annual Convention APA, 1973, 329-330

Vinokur, A. & Selzer, M.I.,
Desirable versus undesirable life events: Their relationship to stress and mental distress.
Journal of Personality and Social Psychology 32, 1975, 329-337

Waller, J.V., Kaufmann, M.R. & Deutsch, F.,
Anorexia nervosa Psychosomatic entity.
Psychosomatic Medicine 2, 1940, 3-16

Warheit, G.J.,
Life Events, Coping, Stress and Depressive Symptomatology.
American Journal of Psychiatry 136, (4-13), 1979, 502-507

Warren, M. & Vande Wiele, R.L.,
Clinical and metabolic features of anorexia nervosa.
American Journal of Obstetrics and Gynecology 117, 1973, 435-449

Webb, L.J., Snodgrass, D. & Thagard, J.,
Sex Differences and Life Event Experiences.
Psychological Report 43, (1), 1978, 47-53

Weiner, J.M.,
Identical male twins discordant for anorexia nervosa.
Journal. American Academy of Child's Psychiatry 15, 1976, 523-534

Weinfeld, R.H., Dubay, M., Burchell, R.C., Millerick, J.D. & Kennedy, A.T.,
Pregnancy associated with anorexia nervosa and starvation.
American Journal of Obstetrics and Gynecology 129, 1977, 698-699

Welner, A., Reich, T., Robins, E., Fishman, R. & Van Doren, T.,
Obsessive-compulsive neurosis. Record, follow-up, and family studies I. Inpatient record study.
Comprehensive Psychiatry 17. 1976, 527-539

Werman, D.S. & Katz, J.,
Anorexia nervosa in a pair of identical twins.
Journal. American Academy of Child's Psychiatry 14, 1975, 633-645

Westbrook, M.T.,
A Classification of Coping Behaviour Based on Multidimensional Scaling of Similarity Ratings.
Journal of Clinical Psychology 35, (2), 1979, 407-410

Wilcox, B.L.,
Social support, life stress, and psychological adjustment: A test on the buffering hypothesis.
American Journal of Psychology 9, (4), 1981, 371-386

Wilde, G.J.S.,
Neurotische Labibtett gemelen volgens de Vragenlyst-methode.
F. van Rossen: Amsterdam 1962
In: Giel, R., Ten Horn, G.H., Ormel, J., Schudel, W.J. & Wiersma, D.,
Mental illness, neuroticism and life events in a Dutch village sample: a follow up
Psychological Medicine 8, 1978, 235-243

Wing, J.K., Birley, J., Cooper, J., Graham, P. & Isaacs, A.,
Reliability of procedure for measuring and classifying present psychiatric state.
British Journal of Psychiatry 113, 1967, 499-515

Wing, J.K., Cooper, J.E. & Sartorius, N.,
The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms.
Cambridge University Press, London 1974

Wold, D.A.,
The adjustment of siblings to childhood leukemia.
Medical thesis, University of Washington, Seattle 1968

Woodruff, F. & Pitts, F.,
Monozygotic twins with obsessional illness.
American Journal of Psychiatry 120, 1963, 1075-1080

Woon, T., Masuda, M., Wagner, N.N. & Holmes, T.H.,
The Social Readjustment Rating Scale: A Cross-Cultural Study of Malaysians and Americans.
Journal of Cross-Cultural Psychology 2, 1971, 373-386

Wünscher-Stockheim, M.,
Katamnestische Untersuchung bei zwei Diagnosegruppen: Anorexia nervosa und Zwangsneurose.
Dissertation, München 1982

Zerbin-Rüdin, E.,
Ein Beitrag zur Frage der Zwangskrankheit insbesondere ihrer hereditären Beziehungen.
Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 191, 1953, 14-54

Zerssen, D. von,
Zur standardisierten psychopathologischen Befunderhebung im Rahmen epidemiologischer Untersuchungen.
Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 203, 1972 a, 246

Zerssen, D. von
Selbstbeurteilungs-Skalen zur Abschätzung des "subjektiven Befundes" in psychopathologischen Querschnitt- und Längsschnittuntersuchungen.
Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 217, 1973 a, 299-314

Zerssen, D. von
Klinische Selbstbeurteilungsskalen (KS-b-S) aus dem Münchner Psychiatrischen Informationssystem (PSYCHIS München).
Manuale: a) allgemeiner Teil, b) Paranoid-Depressivitätsskala, c) Befindlichkeitsskala, d) Beschwerdenliste.
Betz, Weinheim 1976

Lebenslauf

11.10.1944	in Breslau geboren
23.02.1966	Reifeprüfung am Neusprachlichen Gymnasium in Oldenburg
1966-1967	Studium der Philosophie in Saarbrücken
1967-1970	Studium der Psychologie an der Universität Tübingen und Vordiplom-Prüfung
1971-1974	Spezialisierung in klinischer Psychologie, Schwerpunkt Verhaltenstherapie an der Universität München
Juli 1974	Diplom Hauptprüfung für Psychologie
1974-1981	Tätigkeit am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München
seit 1982	Mitarbeit in der Nervenarztpraxis meines Mannes
seit 1983	zusätzlich freiberufliche Tätigkeit als Verhaltenstherapeutin

ANHANG

Übersicht

A Untersuchungsinstrument 1

Manual 2
Ereignisliste 17
Skala zur Gewichtung der Ereignisse 28
Symptomratingskala 29
Erhebungsblatt zur Wertehierarchie 30
Kodierungsblatt 31
Zusammenstellung der Verlustereignisse 32

B Andere Instrumente 36

Holmes/Rahe-Liste 37
Paykel-Liste 39

C Graphische Darstellung der Informationen des Interviews pro Patient 41

D Häufigkeitslisten 148

Rangfolge der Ereignisse nach Diagnosen getrennt
- Anorexia nervosa 149
- Zwangsneurose 155

Rangfolge der Ereignisse nach Geschlecht getrennt für Patienten mit Zwangsneurose 161

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen des Faktors I und des Faktors II 165

E Ergebnisübersichten 216

Der Ereignisschwerpunkt in Beziehung zur Symptomatik:
Kreuztabellen für die Faktoren I bis IV

Faktor I und Faktor II: 217
- alle Patienten 217
- Anorexia nervosa getrennt 218
  Zwangsneurose getrennt 219

Faktor III 220
- 87 Patienten: Anorexia nervosa und Zwangsneurose

Faktor IV: 221
- 93 Patienten: Anorexia nervosa und Zwangsneurose

Mittelwerte der Ereignishäufigkeiten in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen
Faktor I und Faktor II für alle Patienten
- über alle Ereignisse 222
- nur für objektive inklusive symptombedingter Ereignisse 223
- nur objektive und nicht symptombedingte Ereignisse 224
- Spannungen und Schwierigkeiten bzw. Intensivierung und Verbesserung von Beziehungen 225
- chronische Belastung 226

Auszählung negativer Ereignisse nach dem Schwellenprinzip
Kreuztabellen:
- Anorexia nervosa 227
- Zwangsneurose 230

Anzahl der Ereignisse vor, während und nach der Symptomverbesserung 233

ANHANG A

UNTERSUCHUNGSINSTRUMENT

MANUAL

ZUR ERHEBUNG VON LIFE-EVENTS

Die vorliegende Ereignis-Liste ist ein Erhebungsinstrument zur Erfassung relevanter Lebensereignisse.

Das Instrument wurde entwickelt, um im Rahmen einer katamnestischen Untersuchung stationär behandelter Patienten der Teilfragestellung nach dem Zusammenhang zwischen Lebensereignissen und dem Krankheitsverlauf nachgehen zu können.

Konzepte, Aufbau und Kodierungsverfahren der Ereignis-Liste sind durch die Rahmenbedingungen geprägt.

Das Instrument sollte einfach zu handhaben und zeitlich nicht zu aufwendig sein. Als Teilfragestellung in einem größeren Projekt, kann für Erhebung und Kodierung nicht ebensoviel Zeit veranschlagt werden, wie es bei den aufwendigen Verfahren - z.B. von BROWN et al. - üblich ist, die sich primär mit der Erhebung der Life-Events beschäftigen und meist nur kurze Erhebungszeiträume (6 Wochen bis 1 Jahr) einbeziehen.

Außerdem sollte die notwendige Einarbeitungszeit für Mitarbeiter möglichst gering gehalten werden.

Das Erhebungsinstrument sollte möglichst valide und reliabel sein und inhaltlich dem spezifischen Aspekt der Teilfragestellung im Rahmen einer Katamnese genügen. Aus diesem Grund konnten bestehende Kurzlisten (PAYKEL/HOLMES/RAHE) nicht übernommen werden. Diese Listen weisen erhebliche Mängel auf: Die Items sind zu global formuliert und deswegen mehrdeutig (was z.B. Mehrfachanstreichungen eines Ereignisses zur Folge hat). Ein Teil der

Ereignisse kann gleichzeitig Symptom sein, so daß eine Kontamination beider Variablen zu befürchten ist, da keine Methode zur Kontrolle des Effektes angeboten wird. Ein weiterer Mangel ist das Ungleichgewicht von positiven zu negativen Ereignissen (3 : 13 bei der PAYKEL-Liste). Dieses Mißverhältnis wird verständlich, wenn man bedenkt, daß diese Listen für die Onset-Forschung entwickelt wurden.

Bei katamnestischen Untersuchungen hat man jedoch nicht nur mit Rückfällen (evtl. noch dem Onset vergleichbar) zu rechnen, sondern ebenso mit Symptomverbesserungen, spontanen Heilungen unter anderem. Daraus ergibt sich eine modifizierte Fragestellung des üblichen Life-Event-Ansatzes und entsprechend eine Veränderung des Item-Pools. Die Erhebung positiver Ereignisse scheint im Zusammenhang mit dieser Fragestellung unerläßlich zu sein.

Auswahl der Items

Da zur Zeit noch keine Untersuchungen vorliegen, die sich mit dem Problem der Stichprobenauswahl von Ereignissen beschäftigen, erfolgt die Auswahl üblicherweise nach dem gesunden Menschenverstand (BROWN), oder der klinischen Erfahrung (PAYKEL). Die Auswahl der Items der vorliegenden Liste orientierte sich an den bestehenden Kurzlisten und dem von KATSCHNIG übersetzten Interview-Leitfaden von BROWN. Die Ereignisliste wurde so konzipiert, daß sie mit bereits vorhandenen Instrumenten vergleichbar ist. Um langwierige Definitionen zu vermeiden und eine Reliabilitätsminderung bei der Erhebung

zu verhindern, wurden globale Begriffe und Aussagen möglichst vermieden und statt dessen Untergruppen gebildet, um Eindeutigkeit der Item-Aussage zu erreichen (Beispiel: Statt des Items 'Berufliche Veränderung' wurden Untergruppen wie 'Chefwechsel', 'Arbeitswechsel', usw., verwendet). Zusätzlich wurde der Fragebogen durch positive Ereignisse ergänzt.

Aufbau der Ereignisliste

Die Ereignisliste ist als Interviewleitfaden konzipiert. Sie enthält 140 Items, die 10 verschiedenen inhaltlichen Bereichen zugeordnet werden können.

104 Items sind eher objektive d.h. prinzipiell überprüfbare Ereignisse, während die restlichen 36 Items als weniger gut überprüfbar zu bezeichnen sind, da sie sich eher in der nicht beobachtbaren Privatsphäre abspielen.

18 von den 36 Items sind Spannungen und Schwierigkeiten (Sp) bzw. Verbesserungen, Intensivierungen von Kontakten oder Lebensbedingungen.

14 Items sind chronische Belastungen (CH), die im Sinne von Vulnerabilitätsfaktoren wirksam werden können.

4 Items sind Hoffnungen und Erwartungen. Diese Items werden versuchsweise nur für die beiden wichtigen Bereiche 'Beruf' und 'Partner' hinzugenommen. Es handelt sich hier um den Bereich innerer Ereignisse, die zur Zeit in der Life-Event-Forschung nicht beachtet werden. (siehe Verteilung auch auf nachfolgender Tabelle)

Anzahl und Verteilung der Items

	objekt. Ereign.	Spannung. u.Schwierigkeiten	chron. Ereign.	Hoffnungen/ Erwartungen	
Ausbildung/Beruf	36	2	1	2	41
Partnerbeziehung/Sex	19	4	3	2	28
Kinder/Schwangerschaft	18	2	1	0	21
Familie	10	6	3	0	19
Tod	4	0	0	0	4
Krankheit	4	0	2	0	6
Wohnung	4	0	0	0	4
Einkommen	4	0	1	0	5
Bekannten-/Freundeskreis	1	2	2	0	5
Freizeit	0	2	1	0	3
Verschiedenes	4	0	0	0	4
	104	18	14	4	140

Jeder der 10 inhaltlichen Bereiche der Ereignisliste ist in mehrere übergeordnete Fragen unterteilt, denen einzelne zugehörige Items untergeordnet sind.

Jedem Item ist eine Kennnummer zugeordnet.

Spannungen und chronische Ereignisse werden meist zum Schluß eines inhaltlichen Bereiches erfragt.

Nicht im Fragebogen enthaltene Ereignisse können unter der Sammelkategorie 'Sonstiges' erfaßt werden.

Anwendung des Interviewleitfadens

Der Interviewer ist angehalten, möglichst chronologisch bei der Erhebung der Items vorzugehen. Es darf jedoch, wenn der inhaltliche Zusammenhang es nahelegt, auch einmal zwischen den Bereichen gesprungen werden. Die Fragen zu den einzelnen Bereichen müssen nicht wortwörtlich vorgegeben werden, doch muß garantiert sein, daß jeder Item berücksichtigt und angesprochen worden ist. Selbst wenn vom Probanden die übergeordnete Frage verneint wird, müssen die untergeordneten Items stichprobenartig angesprochen werden. Auch wenn ganze Bereiche als irrelevant wegzufallen scheinen, müssen die untergeordneten Items geprüft und dementsprechend angesprochen werden, um einen Irrtum auszuschließen (Beispiel: Bei einer Hausfrau, die nie berufstätig war, scheint der Berufsbereich zu entfallen; hier müssen jedoch trotzdem Stichproben zu den untergeordneten Items gemacht werden, um zu prüfen, ob nicht doch zwischendurch einmal eine Ausbildung begonnen bzw. abgebrochen wurde, oder eine vorübergehende Berufstätigkeit vorlag). Dieses Vorgehen garantiert, daß pro Patient dieselben Items erfragt werden.

Wenn ein Ereignis in dem Bezugszeitraum aufgetreten ist, so müssen detaillierte Fragen zum Umfeld des Ereignisses

gestellt werden, um die notwendigen Kodierungen vornehmen zu können. Die Befragung sollte so lange fortgesetzt werden bis man sich ein Bild von dem Zusammenhang, in dem das Ereignis aufgetreten ist, machen kann. Die für die Kodierung wichtigen Informationen werden während des Interviews mitgeschrieben. Es wurde kein fester Fragenkatalog vorgegeben, da die verschiedenen Situationen sehr unterschiedlich sind und man sich den Gegebenheiten des Interviews besser anpassen kann, wenn man nicht mit vorgeschriebenen Fragen arbeiten muß. Im folgenden sind die Fragen zusammengestellt die eine nachträgliche Kodierung ermöglichen und hier nur als Orientierungsstütze gedacht sind.

Wann trat das Ereignis auf ?
Sind Sie ganz sicher, daß es dieser Monat war?
Wie haben Sie (den Wechsel, die Spannung, die Schwierigkeit etc.) erlebt?
Wie sehr hat Sie das Ereignis unmittelbar zum Zeitpunkt des Auftretens belastet bzw. erfreut (bis zu einem Monat)?
Bitte stufen Sie das Ereignis auf der Ihnen vorliegenden Skala ein.
Hat Sie das Ereignis länger als einen Monat beschäftigt?
Wenn ja, wie lange?
Wie sehr hat Sie das Ereignis in dem Zeitraum über einen Monat belastet bzw. erfreut?
Bitte stufen Sie das Ereignis auf der Skala ein, je nach dem, wie sehr Sie das Ereignis nach einem Monat durchschnittlich belastet bzw. erfreut hat. Bitte geben Sie jedoch nur einen Durchschnittswert an.

Kodierung

Jedes Ereignis, das in einem definierten Bezugszeitraum aufgetreten ist, wird auf einem speziellen Vordruck kodiert (siehe Anlage).

1. Ereignis-Nummer

Die Kodierung erfolgt entsprechend der Ereignis-Nummer im Frageboden. Ereignisse, die im Fragebogen nicht enthalten sind, werden mit der Nr. 141 bezeichnet. Die konstante Zuordnung eines Ereignisses zu einer Nummer erleichtert die Kodierung (es fallen Zusatzkodierungen weg, z.B. zum Bereich oder zur Art des Ereignisses, die in der KATSCHNIG-Version notwendig sind) und ermöglicht ein rasches Umgruppieren der Ereignisse nach verschiedenen Kriterien zum Zeitpunkt der Auswertung.

2. Wiederholung

Ein Ereignis kann im Verlauf von Entlassung bis Katamnese mehrfach vorkommen. Erstes Auftreten = 00; erste Wiederholung = 01; zweite Wiederholung = 02, usw.

3. Datum

Monat und Jahr des Auftretens des Ereignisses müssen jedesmal kodiert werden. Erinnert sich der Befragte zusätzlich ganau an den Tag, an dem das Ereignis stattfand, so wird auch dieser festgehalten, wenn er auch nicht kodiert wird. Unter der Bezeichnung 'Datum' wird nur die objektive Dauer von Ereignissen erfaßt, nicht jedoch die subjektiv erlebte Dauer von Ereignissen. Beispiel: Wird eine Ausbildung im Bezugszeitraum begonnen und im Bezugszeitraum beendet, so wird der Ausbildungsbeginn unter der Karten-Nr. 18 - 21 eingetragen, das Ende unter der Karten-Nr. 22 - 25. Sollte

jedoch die Ausbildung zum Zeitpunkt der Katamnese noch nicht beendet sein, so wird das Katamnesedatum unter 26 - 29 eingetragen.

4. Genauigkeit der Datierung

Wenn Monat und Jahr des Auftretens des Ereignisses vom Befragten genau gewußt werden, gilt die Datierung als sicher. Sicher = 1, geschätzt oder unsicher = 0.

5. Subjektive Gewichtung der Erwünschtheit des Ereignisses durch den Patienten

Die Einstufung erfolgt auf einer positiven bzw. negativen Skala, die jeweils von 0 - 6 reicht. +6 = extrem angenehm, erfreulich, schön, positiv; -6 = extrem unangenehm belastend, unerfreulich; 0 = weder positiv noch negativ, d.h. gleichgültig. Die Skalen werden dem Probanden vorgelegt und erklärt, und er wird gebeten, pro aufgetretenem Ereignis zwei Einstufungen vorzunehmen:

a) Unmittelbare Bewertung des Ereignisses zum Zeitpunkt des Auftretens. Diese Bewertung bezieht sich vom Auftreten des Ereignisses bis zu einem Zeitraum von einem Monat.

b) Alle Ereignisse, die in der subjektiven Bewertung länger als einen Monat andauern, erhalten noch eine zweite Einstufung; diese Einstufung ist jedoch als Durchschnittswert der gesamten subjektiv erlebten Dauer des Ereignisses vorgesehen.

Die unmittelbare Bewertung bis zu einem Monat erfolgt unter der Karten-Nr. 31/32; die subjektive Bewertung, die über einen Monat hinausgeht, erfolgt unter der Karten-Nr. 33/34. Unter der Karten-Nr. 35 - 39 wird die Dauer der

subjektiv erlebten Wirkung eines Ereignisses in Jahres-/ Monatseinheiten kodiert.

6. Bewertung des Ereignisses durch Untersucher

Die Bewertung erfolgt unter Einbeziehung des sozialen Kontext, in dem der Patient lebt, und bezieht sich auf die geschätzte Gesamtbelastung im Verlauf. Die Kodierung ist jedoch nur als Korrektiv gedacht für den Fall, daß unter Kenntnis der Umstände des Ereignisses der Untersucher den Eindruck einer deutlichen Über- oder Unterschätzung des Ereignisses hat. Ein objektives Ereignis kann z.B. durch die Symptomatik verzerrt sein. In diesem Fall sollte auf jeden Fall ein Korrektiv durch den Untersucher eingeführt werden. In den übrigen Fällen wird sich der Untersucher der Einschätzung des Ereignisses durch den Befragten anschließen. Die Einstufung erfolgt ebenfalls auf der Skala von 0 - 6; 9 ist unklar nicht, entscheidbar.

7. Symptombedingtheit des Auftretens des Ereignisses

(Karten-Nr. 45)

Es ist für die Auswertung sehr wichtig, Ereignisse, die durch die Symptomatik ausgelöst wurden, von denjenigen Ereignissen zu trennen, die von der Symptomatik unabhängig sind. Aus diesem Grund werden folgende Kodierungen vorgenommen:

Symptomunabhängigkeit	= 0
Verdacht auf Symptomunabhängigkeit	= 1
Verdacht auf Symptomabhängigkeit	= 2
Symptomabhängigkeit	= 3
Nicht entscheidbar	= 9

Die Entscheidung, ob ein Ereignis durch die Symptomatik ausgelöst wurde oder nicht, kann nur durch gezielte Zusatzfragen geklärt werden (siehe Nachtrag).

8. Folge-Ereignis

Ereignis ist nicht Folge eines anderen Ereignisses = 0

Ereignis ist Folge eines anderen, nach der Entlassung aufgetretenen Ereignisses = 1

Ereignis ist Folge therapeutischer Anweisungen oder direkte Folge einer Therapie = 2

Ereignis steht in Zusammenhang mit einem oder mehreren anderen nach der Entlassung aufgetretenen Ereignissen, wobei jedoch nicht bestimmt werden kann, welches der Ereignisse Ursache für die anderen ist = 3

9. Grad der Obejektivität

Objektivierbares/überprüfbares Ereignis = 1

Subjektives/nicht überprüfbares Ereignis = 0

Hierzu gehören sämtliche Spannungen, Schwierigkeiten, Veränderungen in den Freizeitbedingungen und im Bekannten- und Freundeskreis; ebenso sämtliche chronische Belastungen. Die Kodierung erfolgt, um später bei der Auswertung getrennte Analysen dieser beiden Ereignisarten vornehmen zu können.

10. Symptombedingtheit der Bewertung des Ereignisses

Hier wird - im Gegensatz zu Punkt 7) - nicht das Auftreten des Ereignisses bewertet, sondern die vom Patienten vorgenommene subjektive Gewichtung des Ereignisses:

Nicht symptombedingt	= 0
Vermutlich nicht symptombedingt	= 1
Vermutlich symptombedingt	= 2
Sicher symptombedingt	= 3
Nicht beurteilbar	= 9

Richtlinien zur Kodierung der Symptomabhängigkeit bzw. -unabhängigkeit des Auftretens eines Ereignisses

A. Symptomunabhängigkeit des Ereignisses

1. Ereignisse, die außerhalb der Kontrolle des Patienten liegen, wie z.B. Tod eines Angehörigen, Verlust des Arbeitsplatzes, weil das Geschäft, in dem er angestellt ist, konkurs macht, Chefwechsel.

2. Ereignisse, die Resultat sozialer Organisationsprozesse sind, z.B. ein Kind wird eingeschult oder verläßt das Haus, weil es zum Studium geht oder heiratet.

3. Ereignisse, die Folge eines anderen, unabhängigen Ereignisses sind, z.B. aufgrund des Todesfalles des Familienvaters kann die Wohnung nicht mehr gehalten werden, es folgt ein Umzug und Wohnungswechsel oder die Frau ist gezwungen, wieder zu arbeiten; oder aufgrund einer beruflichen Verbesserung ist ein Ortswechsel angebracht und damit auch ein Wechsel des Freundeskreises.

4. Ereignisse, die das Resultat angepaßter bzw. hervorragender Leistungen sind, Z.B. beruflicher Aufstieg, Gehaltserhöhung, und dergleichen.

5. Ereignisse, die zwar Folge einer persönlichen Entscheidung sind, jedoch aufgrund der obengenannten Kriterien logisch zwingend zum Bereich der symptomunabhängigen Ereignisse gehören.

6. Ereignisse, die Folge körperlicher Erkrankungen sind, wie z.B. Berufswechsel, längeres Aussetzen der Arbeit.

B. Symptomabhängige Ereignisse

Symptomabhängige Ereignisse sind nach BROWN alle Ereignisse, die zeitlich dem Ausbruch der Symptomatik folgen. Dieses Kriterium können wir für unsere Untersuchung nicht anwenden, da wir es mit bereits erkrankten Personen zu tun haben und somit alle davon betroffen wären. Es muß also durch gezielte Zusatzfragen versucht werden, herauszufinden, ob das Auftreten des Ereignisses direkte Folge der Symptomatik ist. Besonderes Augenmerk ist auf alle Ereignisse zu legen, die auf persönlichen Entscheidungen und Entschlüssen beruhen und unter der Kontrolle des Betreffenden sind. Hierzu gehören Ereignisse wie Partnerwechsel, Jobwechsel, Scheidung, Heirat. Bei Berufswechsel z.B. gilt es, herauszufinden, ob derjenige aufgrund von Leistungsminderung entlassen wurde oder ob andere objektive Gründe dafür eine Rolle spielen.

Richtlinien zur Kodierung von chronischen Belastungen, Spannungen und Schwierigkeiten

Bei chronischen Erkrankungen, die jedoch zu zeitweiligen Verschlechterungen führen, wird zunächst einmal eine chronische Belastung kodiert, z.B. mit -1. Die Zeiten der verstärkten Krankheitsmanifestation werden dann noch einmal zusätzlich kodiert, z.B. mit -4. Ähnlich verfährt man auch bei Spannungen oder Schwierigkeiten im familiären, privaten oder Arbeitsbereich; auch hier können chronische Spannungen oder Belastungen kurzfristig zu Exazerbationen führen, die dann extra kodiert werden müssen. Diese Zeiten der Verschlechterung bzw. der Verbesserung sollten aber eine Mindestdauer von einem halben Jahr haben.

Gibt ein Patient z.B. bei dem Ereignis 'Berufswechsel' an, er habe den Neubeginn zunächst positiv bewertet, später jedoch negativ, so ist nachzufragen, durch welches Ereignis oder durch welche Spannungen oder Schwierigkeiten diese veränderte Bewertung entstanden ist. Häufig zeigt sich dann, daß in diesem Zusammenhang noch ein neues anderes Ereignis zu kodieren ist.

Ereignisliste

AUSBILDUNG/BERUF

Haben Sie seit Entlassung eine Ausbildung begonnen/abgebrochen/unterbrochen/eine Prüfung verschoben oder nicht bestanden?

1. Ausbildung begonnen/wieder aufgenommen
2. Ausbildung abgeschlossen/Abschlußprüfung bestanden
3. Abschlußziel nicht erreicht/Abschlußprüfung nicht bestanden
4. Zwischenprüfung bestanden/Zwischenziel erreicht
5. Zwischenprüfung nicht bestanden/Zwischenziel nicht erreicht
6. Prüfung/Abschluß verschoben
7. Ausbildung unterbrochen/abgebrochen
8. Ausbildungsziel gewechselt

9/147 Sonstiges

(Alle durch die Liste nicht vorgegebenen Ereignisse werden unter 147 kodiert)

Haben Sie die Schule/Klasse/Ausbildungsstätte gewechselt?

10. Klassenwechsel
11. Wechsel der Ausbildungsstätte (nicht des Ausbildungszieles)

Liegt in der Zeit von Entlassung bis jetzt die Erstaufnahme Ihres Berufes oder Wiederaufnahme des Berufes nach längerer Zeit der Nichtausübung des Berufes (nicht nach Arbeitslosigkeit)?

12. Erstaufnahme/Wiederaufnahme

Haben Sie seit Entlassung den Arbeitsplatz gewechselt/waren Sie arbeitslos?

13. Wechsel erfolgte auf Wunsch des Befragten/Befragter hat gekündigt

14. Befragtem wurde gekündigt/Wechsel wurde ihm nahegelegt
15. Geschäft/Betrieb, in dem Befragter angestellt war, machte Konkurs
16. Eigenes Geschäft des Befragten machte Konkurs
17. Verlust/Aufgabe des Arbeitsplatzes aus anderen Gründen
18. Arbeitslosigkeit
19. Neue Arbeitsstelle im erlernten Beruf
20. Neue Arbeitsstelle nicht im erlernten Beruf
21. Befragter macht sich selbständig, Gründung eines eigenen Geschäftes
147. Sonstiges

z.B. Häufiger, mehrfacher Stellenwechsel pro Jahr (mehr als 3 Stellenwechsel)

Gab es an Ihrem Arbeitsplatz/Haushalt/Universität wichtige positive oder negative Veränderungen?

z.B.:

22. Beförderung oder größerer beruflicher Erfolg und Anerkennung
23. Erwartete Beförderung ist nicht eingetreten/berufliches Versagen oder Mißerfolg
24. Zunahme des Aufgabenbereiches und der Verantwortung/Geschäftsvergrößerung
25. Abnahme des Aufgabenbereiches und der Verantwortung
26. Veränderung der Arbeitsbedingungen (nicht Vorgesetztenwechsel)
(z.B. durch personelle Umbesetzung/neues Arbeitsmaterial/Umstellung der Produktion)
27. Vorgesetztenwechsel
28. Beginn eines Schichtdienstes
29. Ende eines Schichtdienstes
30. Beginn von Überstunden/Nebentätigkeit
(auch nichtbezahlte Mehrarbeit ab 6 Stunden pro Woche zusätzlich)
31. Ende der Überstunden/Nebentätigkeit/Mehrarbeit
32. Abnahme der Gesamtarbeitsstunden
(nicht Überstunden, sondern weniger als 8 Stunden Arbeitszeit)
33. Zunahme der Gesamtarbeitsstunden
(nicht über 8 Stunden, sonst Überstunden)
147. Sonstiges

Sind Sie oder Ihr Partner in der Zeit von Entlassung bis jetzt in den Ruhestand gegangen ?

35. Partner ist in den Ruhestand gegangen
36. Befragter ist in den Ruhestand gegangen

Gab es seit der Entlassung wichtige Veränderungen in der Berufstätigkeit des Partner
(mit dem/denen man gemeinsamen Haushalt führt)

37. Beginn einer Berufstätigkeit des (Ehe-)Partners/Freundes
38. Ende der Berufstätigkeit des (Ehe-)Partners/Freundes
147. Sonstiges

Ist im beruflichen Bereich etwas, von dem Sie hofften es würde eintreten, nicht eingetreten, oder befürchten Sie, es könne in Zukunft etwas eintreten, das bis jetzt noch nicht eingetreten ist ?
(nur gravierende, länger dauernde = länger als einen Monat, gedankliche Beschäftigung mit einem Thema)

40. Enttäuschte Erwartung/Ereignis ist nicht eingetreten
41. Befürchtung, daß ein bestimmtes Ereignis eintreten könnte

Gab es seit Entlassung Schwierigkeiten oder Spannungen am Arbeitsplatz/Universität/Schule/Verbesserung der Kontakte/ Arbeitsklima ?

42. Beginn bzw. deutliche Zunahme an Spannungen/Schwierigkeiten
43. Aufhören bzw. deutliche Abnahme früherer Spannungen/ Schwierigkeiten/Verbesserung der Kontakte
44. Chronische Schwierigkeiten/Spannungen

PARTNERBEZIEHUNG

Haben Sie sich seit der Entlassung verlobt/entlobt/geheiratet/scheiden lassen, oder ist dies bei einem Ihnen sehr nahestehenden Menschen vorgekommen ?
(nur Personen, zu denen einen enge persönliche Bindung besteht

45. Verlobung des Befragten
46. Verlobung eines nahstehenden Menschen
47. Heirat des Befragten
48. Heirat eines nahestehenden Menschen
49. Scheidung des Befragten
50. Scheidung eines sehr nahestehenden Menschen

Ist die Erwartung einer Heirat/Verlobung enttäuscht worden ?

51. Enttäuschte Erwartung bezüglich Heirat/Verlobung

Haben Sie seit der Entlassung eine oder mehrere Freundschaften oder Liebesbeziehungen begonnen oder abgebrochen ?

52. Beginn einer wichtigen, nicht sexuellen Freundschaft
53. Ende einer wichtigen, nicht sexuellen Freundschaft
54. Beginn der ersten Freundschaft/Liebesbeziehung mit sexuellem Kontakt
55. Ende der ersten Freundschaft/Liebesbeziehung mit sexuellem Kontakt
56. Beginn einer anderen Freundschaft/Liebesbeziehung (nicht die erste mit sexuellem Kontakt)
57. Ende einer anderen Freundschaft/Liebesbeziehung (nicht die erste mit sexuellem Kontakt)
58. Beginn einer sexuellen Beziehung zusätzlich zu der bestehenden Ehe/Partnerbeziehung
59. Ende einer sexuellen Beziehung, die neben der bestehende Partnerbeziehung aufrechterhalten wurde
147. Sonstiges

Sind Sie seit längerem ohne Partner/Liebesbeziehung?
Ist die Hoffnung auf den Beginn einer Liebesbeziehung enttäuscht worden?

61. Vorübergehende Enttäuschung (längere Zeit ohne Liebesbeziehung; vorher oder nachher gab es Liebesbeziehung)
62. Dauerhafte Belastung (fehlende Liebesbeziehung seit Entlassung)
    (wird auch dann kodiert, wenn es als nicht belastend erlebt wird)

Haben bei Ihnen seit der Entlasung sexuelle Schwierigkeiten aufgehört oder abgenommen oder begonnen bzw. zugenommen?

63. Beginn/Zunahme sexueller Schwierigkeiten
64. Ende/Abnahme sexueller Schwierigkeiten/Intensivierung/Verbesserung des sexuellen Kontaktes
65. Chronisch bestehende sexuelle Schwierigkeiten

Kam es seit der Entlassung zu einer längeren Trennung von Ihrem Ehe/Partner(in)/Freund(in) ?

66. Beginn einer Trennung aufgrund von Streit
67. Beginn einer Trennung ohne Streit (andere Gründe)
68. Ende einer Trennung/und,oder Versöhnung

Hat Ihr Freund(in)/Ehefrau(mann) zusätzlich zu Ihrer Beziehung eine Liebesbeziehung begonnen oder abgebrochen ?

69. Beginn einer sexuellen Beziehung
70. Ende einer sexuellen Beziehung

Gab es Schwierigkeiten/Spannungen mit dem Partner seit der Entlassung ? (nicht sexuelle Schwierigkeiten)
Intensivierung/Verbesserung der Beziehung

71. Beginn/starke Zunahme der Spannungen/Schwierigkeiten
72. Ende/starke Abnahme der Spannungen/Schwierigkeiten/Intensivierung der Beziehung

73. Chronische Spannungen/Schwierigkeiten

KINDER/SCHWANGERSCHAFT

Waren Sie bzw. Ihre Partnerin (Ehefrau) seit der Entlassung schwanger/wurde ein Kind geboren/gab es eine Totgeburt, Fehlgeburt oder Abtreibung ?

74. Beginn einer erwünschten Schwangerschaft durch Befragte
75. Beginn einer erwünschten Schwangerschaft durch Parteneri
76. Beginn einer unerwünschten Schwangerschaft durch Befragt
77. Beginn einer unerwünschten Schwangerschaft durch Partneri
78. Geburt eines Kindes durch Befragte
79. Geburt eines Kindes durch Partnerin
80. Mißgeburt durch die Befragte
81. Mißgeburt durch die Partnerin
82. Totgebrut/Fehlgeburt Befragte
83. Totgeburt/Fehlgeburt Partnerin
84. Abtreibung

Haben Sie seit der Entlassung erfahren, daß Sie keine Kinder haben können/haben Sie ein Kind adoptiert ?

85. Erfahren, daß Sie keine Kinder bekommen können
86. Adoption eines Kindes

Kam es seit der Entlassung zu einer Trennung von einem oder mehreren Ihrer Kinder, oder wurde eine bestehende Trennung aufgehoben ?

87. Beginn einer Trennung aufgrund von Streit
88. Beginn einer Trennung ohne Streit
89. Ende einer Trennung
90. Auszug eines Kindes mit Billigung des Befragten
91. Auszug eines Kindes gegen den Wunsch des Befragten

Gab es starke Schwierigkeiten/Spannungen mit Ihren Kindern seit Entlassung ? Verbesserung des Kontaktes/Intensivierung der Beziehung

92. Beginn/Zunahme von Schwierigkeiten/Spannungen
93. Ende/Abnahme von Schwierigkeiten/Spannungen/Verbesserung des Kontaktes
94. Chronische Schwierigkeiten
147. Sonstiges

z.B. Andere Probleme mit Kindern, sofern sie nicht unter Spannungen zu kodieren sind, wie Schulprobleme/Ausbildung Kriminalität, Drogen
(nicht Krankheit siehe dazu 119/120)

FAMILIE

Kam es seit der Entlassung zu einer Trennung von Ihren Eltern oder einem Auszug aus dem Elternhaus/wurde eine bestehende Trennung aufgehoben ?

95. Beginn einer Trennung mit Billigung der Eltern
96. Beginn einer Trennung gegen den Wunsch der Eltern
97. Ende der Trennung
98. Auszug aus dem Elternhaus mit Billigung der Eltern
99. Auszug aus dem Elternhaus gegen den Wunsch der Eltern

Ist seit der Entlassung jemand aus der Familie, in der Sie leben, ausgezogen oder ist ein neues Mitglied hinzugekommen ?
(nicht: Kind des Befragten oder Befragter aus dem Elternhaus)

100. Auszug eines Mitgliedes gegen den Wunsch des Befragten
101. Auszug eines Mitgliedes mit Billigung des Befragten
102. Einzug/Hinzukommen eines Mitgliedes (neutrale bis beliebte Person)
103. Einzug/Hinzukommen eines Mitgliedes (eher unbeliebte Person)

Ist jemand in der Familie geblieben, obwohl erwartet wurde, daß er auziehen würde ?

104. Mitglied bleibt gegen die Erwartung in der Familie

Gab es starke Schwierigkeiten/Belastungen/Spannungen mit den Eltern oder anderen Familienmitgliedern, mit Verwandten oder einem Ihnen persönlich sehr nahestehenden Menschen ?
(nicht Kinder, nicht Partner)

105. Beginn/Zunhame von Schwierigkeiten/Spannungen mit den Eltern
106. Abnahme/Ende von Schwierigkeiten/Spannungen mit den Eltern/Verbesserung der Beziehung
107. Chronische Schwierigkeiten mit den Eltern
108. Beginn von Schwierigkeiten/Spannungen mit einem Familienmitglied (nicht Eltern, Partner, Kind)
109. Abnahme/Ende von Schwierigkeiten/Spannungen mit einem Familienmitglied/Verbesserung der Beziehung
110. Chronische Schwierigkeiten mit einem Familienmitglied
111. Beginn von Schwieirgkeiten/Spannungen mit Verwandten oder einem anderen persönlich sehr nahestehenden Menschen
112. Ende/Abnahme der Schwierigkeiten/Spannungen mit Verwandten oder einem anderen persönlich sehr nahstehenden Menschen/Verbesserung/Intensivierung der Beziehung
113. Chronische Schwierigkeiten/Spannungen mit Verwandten oder einem anderen persönlich sehr nahestehenden Mensche

TOD

Ist seit der Entlassung ein Ihnen persönlich sehr nahestehender Mensch gestorben ?

114. Partner
115. Kind
116. ein Elternteil
117. ein anderer persönlich sehr nahstehender Mensch, zu dem der Befragte eine sehr enge Beziehung hatte

KRANKHEIT

Waren Sie oder ein Ihnen persönlich nahestehender Mensch sei der Entlassung sehr krank, oder kam es zur Genesung nach schwerer Erkrankung/Unfall ?

(beim Patienten nur körperliche Erkrankungen - bei Bezugspersonen auch psychiatrische Erkrankungen/Unfall kodieren)

118. Schwere Erkrankung des Befragten
119. Schwere Erkrankung eines Familienmitgliedes oder einer sehr wichtigen Bezugsperson
120. Genesung des Befragten
121. Genesung eines Familienmitgliedes oder einer sehr wichtigen Bezugsperson
122. Chronische Belastung durch Krankheit (Befragter)
123. Chronische Belastung durch Krankheit (Familienmitglied/ persönlich nahestehender Mensch)

WOHNUNG

Hatten Sie seit der Entlassung einen Wohnungs- bzw. Ortswechsel ?

124. Landeswechsel
125. Ortswechsel auf eigenen Wunsch
126. Ortswechsel aufgrund äußerer zwingender Gründe
127. Wohnungswechsel innerhalb des selben Ortes

EINKOMMEN

Haben sich seit der Entlassung Ihre finanziellen Verhältnisse deutlich verbessert oder verschlechtert ?

128. Einkommenserhöhung (übertarifliche)
129. Einkommensverringerung
130. Beginn/Zunahme finanzieller Belastung/Schwierigkeiten z.B. Darlehen
131. Ende/Abnahme finanzieller Schwierigkeiten/Belastung
132 /147. Sonstiges
133. Chronische finanzielle Belastung

BEKANNTEN/FREUNDESKREIS

Hat sich Ihr Bekannten/Freundeskreis seit der Entlassung deutlich vergrößert oder verkleinert oder waren Sie aus irgendwelchen Gründen gezwungen, sich einen neuen Bekanntenkreis zu suchen ?

(hier sind nicht Nachbarn gemeint, mit denen man nur wenige Worte wechselt, auch nicht Arbeitskollegen, sondern Leute, mit denen man sich auch außerhalb der Arbeit trifft)

134. Verringerung der Anzahl der Leute, die zum Freundeskreis gehören und/oder Abnahme der Häufigkeit der Kontakte mit Freunden
135. Seit längerem extrem reduzierter, eingeengter Freundes-/Bekanntenkreis (weniger als 3 Personen)/chronische Kontaktschwierigkeiten
136. Zunahme der Häufigkeit der Kontakte mit Freunden/Vergrößerung der Anzahl der Personen, die zum Freundeskreis gehören
137. Verlust des gewohnten Freundeskreises aufgrund äußerer Umstände
138. Kein Freundeskreis vorhanden/Isolation (länger als ein Vierteljahr)

139/147. Sonstiges

FREIZEIT

Hat sich Ihr Freizeitverhalten seit der Entlassung wesentlich verändert ?

140. Abnahme an Freizeitaktivitäten
141. Zunahme an Freizeitaktivitäten
142. Chronisch keine Freizeitaktivitäten
147. Sonstiges

VERSCHIEDENES

Haben Sie seit der Entlassung noch irgendetwas erlebt, was Sie besonders gefreut oder was Sie besonders belastet hat ?

143. Neues Haustier

144. Verlust eines liebgewonnen Haustieres
145. Erfolg bei gerichtlichen oder behördlichen Belangen
146. Mißerfolg bei gerichtlichen oder behördlichen Belangen
147. Sonstiges

Gibt es noch irgendein wichtiges Ereignis, das wir jetzt noch nicht angesprochen haben ?

RATING-SKALEN ZUR GEWICHTUNG DER EREIGNISSE

angenehm/positiv		unangenehm/negativ	
+ 6	äußerst angenehm/ positiv	- 6	äußerst unangenehm/ belastend
+ 5	besonders stark angenehm/positiv	- 5	besonders stark belastend unangenehm
+ 4	sehr angenehm/ positiv	- 4	sehr unangenehm/belastend
+ 3	deutlich angenehm/positiv	- 3	deutlich unangenehm/ belastend
+ 2	mäßig angenehm/ positiv	- 2	mäßig belastend/unangenehm
+ 1	angedeutet angenehm/positiv	- 1	wenig belastend/unangenehm
0	weder angenehm, noch unangenehm	0	weder unangenehm, noch angenehm

SYMPTOMRATING

Bewertung	Erklärung
6 extrem starke:	Extrem starke Beschwerden/Symptome Die meisten Dinge des täglichen Lebens können ohne fremde Hilfe nicht mehr getan werden. Ständig auf fremde Hilfe angewiesen, allein nicht mehr lebensfähig.
5 sehr starke:	Sehr starke Beschwerden/Symptome Viele Dinge des täglichen Lebens können nicht mehr getan werden. Häufig auf fremde Hilfe angewiesen.
4 starke:	Starke Beschwerden/Symptome Die Beschwerden wirken sich im allgemeinen beträchtlich störend aus. Beträchtliche Schwierigkeiten im täglichen Leben von längerer Dauer.
3 deutliche:	Deutlich ausgeprägte Beschwerden/Symptome Mittlere Beeinträchtigung, die Symptomewirken sich im allgemeinen deutlich störend aus. Merkliche Schwierigkeiten von längerer Dauer.
2 mäßige:	Mäßig ausgeprägte Beschwerden/Symptome Die Beschwerden wirken sich im täglichen Leben in geringem Maße störend aus. Es gibt geringfügige Schwierigkeiten für kurze Dauer.
1 leichte:	Leichte Beschwerden/Symptome Keine Beeinträchtigung bei der Verrichtung der täglichen Dinge.
0 keine:	Keine Beschwerden/Symptome Alle Dinge des täglichen Lebens können verrichtet werden.

I-Nr. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (1 2 3 4 5 6 7 8 9) Ka-Nr. ☐☐☐ (10 11 12)

Ich nenne Ihnen nun einige Bereiche, die im Leben eines Menschen unterschiedlich wichtig sein können
Bitte stufen Sie die Bereiche so ein, wie sie Ihrer ganz persönlichen Wertvorstellung entsprechen.

	völlig unwichtig 0 1 2 3 4 5 6 sehr wichtig	
1. viel Geld verdienen	☐	13
2. Erfolg und Ansehen im Beruf	☐	14
3. Ausübung eines Berufes, der der persönlichen Neigung entspricht	☐	15
4. Gründung einer Familie und für sie zu sorgen	☐	16
5. dauerhafte Liebes/Partnerbeziehung	☐	17
6. einen Menschen zu haben, mit dem man sich gut versteht und mit dem man über alles reden kann	☐	18
7. Tätigkeit als Mitglied einer religiösen Gemeinschaft	☐	19
8. Tätigkeit als Mitglied einer politischen Gemenschaft	☐	20
9. Tätigkeit als Mitglied einer Gemeinschaft anderer Zielsetzung	☐	21
10. Freizeitbeschäftigung	☐	22
11. der Glaube	☐	23
12. sozial tätig zu sein und für andere sorgen zu können	☐	24

Kodierungsblatt für Lebensereignisse

Entlassungsdatum: _____ Katamnesedatum: _____

I - Nr. [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] (1 – 9)

K - Nr. [ ][ ][ ] (10 – 12)

Ereignis-Nr. (Fragebogen-Nr.) [ ][ ][ ] (13 – 15)

Wiederholung [ ][ ] (16 17)

Art des Ereignisses

_____

_____

_____

_____

	von	bis	Katamnese
Datum: (Auftreten u. Dauer des Ereignisses)	[ ][ ][ ][ ] (18 – 21)	[ ][ ][ ][ ] (22 – 25)	[ ][ ][ ][ ] (26 – 29)

Genauigkeit d. Datierung [ ] (30)

subjektive Bewertung (unmittelbar z.Z. d. Auftretens bis zu einem Monat) [ ] (+) (31) [ ] (–) (32)

subjektive Bewertung (nach einem Monat) [ ] (+) (33) [ ] (–) (34)

Dauer der subjektiv erlebten Wirkung des Ereignisses [ ][ ] (35 36) [ ][ ] (37 38) [ ] (39)

% der Gesamtzeit [ ][ ][ ] (40 – 42)

Bewertung des Untersuchers [ ] (+) (43) [ ] (–) (44)

Symptomabhängigkeit d. Auftretens des Ereignisses [ ] (45)

Folgeereignis [ ] (46)

Grad der Objektivität [ ] (47)

Symptomabhängigkeit d. Bewertung des Ereignisses [ ] (48)

Zusammenstellung der Verlustereignisse

Ereignisse die den Verlust von Personen beschreiben (exits)

49 Scheidung des Befragten

53 Ende einer wichtigen nicht sexuellen Freundschaft

55 Ende der ersten Freundschaft/Liebesbeziehung mit sexuellem Kontakt

57 Ende einer Freundschaft oder Liebesbeziehung (nicht die erste mit sexuellem Kontakt)

59 Ende einer sexuellen Beziehung, die neben einer bestehenden Partnerbeziehung aufrecht erhalten wurde.

61 Vorübergehende Enttäuschung/längere Zeit ohne Liebesbeziehung

66 Beginn einer Trennung vom Partner aufgrund von Streit

67 Beginn einer Trennung vom Partner ohne Streit

69 Der Partner beginnt eine zusätzliche Beziehung zur Ehe

82 Todgeburt, Fehlgeburt Befragte

83 Todgeburt/Fehlgeburt Partnerin

84 Abtreibung

87 Beginn einer Trennung vom Kind aufgrund von Streit

88 Beginn einer Trennung vom Kind ohne Streit

90 Auszug eines Kindes mit Billigung des Befragten

91 Auszug eines Kindes gegen den Wunsch des Befragten

95 Beginn einer Trennung von den Eltern mit Billigung der Eltern

96 Beginn einer Trennung gegen den Wunsch der Eltern

98 Auszug aus dem Elternhaus mit mit Billigung

99 Auszug aus dem Elternhaus gegen den Wunsch der Eltern

100 Auszug eines Familienmitgliedes gegen den Wunsch des Befragten

101 Auszug eines Familienmitgliedes mit Billigung des Befragten

114 Tod des Partners

115 Tod eines Kindes

116 Tod eines Elternteils

117 Tod eines anderen persönlich sehr nahestehenden Menschen

134 Verringerung des Freundeskreises

137 Verlust des Freundeskreises aufgrund äußerer Umstände

Sonstige Verlustereignisse(nicht Personen)

3 Abschlußziel nicht erreicht/Abschlußprüfung nicht bestanden

5 Zwischenprüfung nicht bestanden/Zwischenziel nicht erreicht

7 Ausbildung unterbrochen/abgebrochen

13 Kündigung auf Wunsch des Befragten

14 Dem Befragten wird gekündigt

15 Geschäftbetreib in dem der Befragte angestellt war macht konkurs

16 Eigenes Geschäft des Befragten macht konkurs

17 Verlust/Aufgabe des Arbeitsplatzes aus anderen Gründen

18 Arbeitslosigkeit

23 Erwartete Beförderung ist nicht eingetreten/berufliches Versagen oder Mißerfolg

25 Abnahme des Aufgabenbereiches und der Verantwortung

129 Einkommensverringerung

130 Beginn/Zunahme finanzieller Belastungen/Schwierigkeiten

Ereignisse, die das Hinzukommen von Personen beschreiben (entrances)

52 Beginn einer wichtigen nicht sexuellen Freundschaft

54 Beginn der ersten Freundschaft/Liebesbeziehung mit sexuellem Kontakt

56 Beginn einer anderen Freundschaft/Liebesbeziehung (nicht die erste)

58 Beginn einer sexuellen Beziehung zusätzlich zu der bestehenden Ehe/Partnerbeziehung

68 Ende einer Trennung/Versöhnung mit dem Partner

78 Geburt eines Kindes durch Befragte

79 Geburt eines Kindes durch Partnerin

89 Ende einer Trennung von einem Kind

97 Ende einer Trennung von den Eltern

102 Hinzukommen/Einzug eines Mitgliedes in die Familie

139 Zunahme von Kontakten mit Freunden

Sonstige Gewinnereignisse,

2 Ausbildung abgeschlossen/Abschlußprüfung bestanden

4 Zwischenprüfung bestanden/Zwischenziel erreicht

19 Neue Arbeitsstelle im erlernten Beruf

20 Neue Arbeitsstelle nicht im erlernten Beruf

21 Befragter macht sich selbständig, Gründung eines eignenen Geschäftes

22 Zunahme/Beförderung oder größerer beruflicher Erfolg und Anerkennung

24 Zunahme des Aufgabenbereiches und der Verantwortung/ Geschäftsvergrößerung

128 Einkommenserhöhung

131 Ende/Abnahme finanzieller Schwierigkeiten/Belastungen

ANHANG B

ANDERE INSTRUMENTE

Social Readjustment Rating Questionnaire (Holmes/Rahe)

1. Marriage
2. Troubles with the boss
3. Detention in jail or other institution
4. Death of spouse
5. Major change in sleeping habits (a lot more or a lot less sleep, or change in part of day when asleep)
6. Death of a close familiy member
7. Major change in eating habits (a lot more or a lot less food intake, or very different meal hours or surroundings)
8. Foreclosure on a mortgage or loan
9. Revision of personal habits (dress, manners, associations, etc.)
10. Death of a close friend
11. Minor violations of the law (e. g., traffic tickets, jaywalking, disturbing the peace)
12. Cutstanding personal achievement
13. Pregnancy
14. Major change in the health or behavior of a familiy member
15. Sexual difficulties
16. In-law troubles
17. Major change in number of family get-togethers (e. g., a lot more or a lot less than usual)
18. Major change in financial state (e. g., a lot worse off or a lot better than usual)
19. Gaining a new family member (e. g., through birth, adoption, oldster moving in)
20. Change in residendce
21. Son or daugther leaving home (e. g., marriage, attending college)
22. Marital separation from mate
23. Major change in church activities (e. g., a lot more or a lot less than usual)
24. Marital reconciliation with mate
25. Being fired from work
26. Divorce
27. Changing to a different line of work

28. Major change in the number or arguments with spouse (e. g., either a lot more or a lot less than the usual regarding child-rearing, personal habits)
29. Major change in resonsibilities at work (e. g., promotion, demotion lateral transfer)
30. Wife beginning or ceasing work outside the home
31. Major change in working hours or conditions
32. Major change in usual type and/or amount of recreation
33. Taking on a mortgage greater than $10,000 (e. g., purchasing a home business)
34. Taking on a mortgage or loan less than $10,000 (e. g., purchasing a car, TV, freezer)
35. Major personal injury or illness
36. Major business readjustment (e. g., merger, reorganization, bankruptcy)
37. Major change in social activities (e. g., clubs, dancing, movies, visiting)
38. Major change in living conditions (e. g., building a new home, remodeling, deterioration of home or neighborhood)
39. Retirement from work
40. Vacation
41. Christmas
42. Changing to a new school
43. Beginning or ceasing formal schooling

Paykel-Liste

1. Death of child
2. Death of spouse
3. Jail sentence
4. Death of close family member (parent, sibling)
5. Spouse unfaithful
6. Major financial difficulties (very heavy debts, bankruptcy)
7. Business failure
8. Fired
9. Miscarriage or stillbirth
10. Divorce
11. Marital separation due to argument
12. Court appearance for serious legal violation
13. Unwanted pregancy
14. Hospitalization of family member (serious illness)
15. Unemployed for one month
16. Death of a close friend
17. Demotion
18. Major personal physical illness (hospitalization or one month off work)
19. Begin extramarital affair
20. Loss of personally valuable object
21. Law suit
22. Academic failure (important exam or course)
23. Child married against respondent's wishes
24. Break engagement
25. Increased arguments with spouse
26. Increased arguments with resident family member
27. Increased arguments with fiance or steady date
28. Take a large loan (more than one half of a yaer's earnings)
29. Son drafted
30. Arguments with boss or co-worker
31. Arguments with nonresident family member (in-laws, relatives)
32. Move to another country

33. Menopause
34. Moderate financial difficulties (bothersome but not serious,ie, increased expenses, trouble from bill collectors)
35. Separation from significant person (close friend or relative)
36. Take important exam
37. Marital separation not due to argument
38. Change in work hours (much overtime, second job, much less than usual)
39. New person in household
40. Retirement
41. Change in work conditions (new department, new boss, big reorganization)
42. Change in line of work
43. Cease steady dating (of at least three month)
44. Move to another city
45. Change in schools
46. Cease in full-time education (graduate or drop out)
47. Child leaves home (e. g. college).
48. Marital reconciliation (after one partner left home).
49. Minor legal violation
50. Birth of live child (for mother)
51. Wife becomes pregnant
52. Marriage
53. Promotion
54. Minor personal physical illness (one that requires physician's attention)
55. Move in same city
56. Birth of a child (father) or adoption.
57. Begin education (full time or half time).
58. Cild becomes engaged
59. Become engaged
60. Wanted pregnancy
61. Child married with respondent's approval

ANHANG C

GRAPHISCHE DARSTELLUNG DER INFORMATIONEN PRO PATIENT

Graphische Darstellung des Interviews

Die wichtigsten Informationen des Interviews sind für jeden Patienten getrennt in einer graphischen Darstellung zusammengefaßt.

Beschreibung der graphischen Darstellung:
Die Abszisse in der Mitte der Graphik ist die Zeitachse und stellt in Jahres- und Monatseinheiten unterteilt, den Zeitraum von Entlassung aus dem MPI bis zum katamnestischen Interview dar. Auf der Ordinate ist die Symptomatik von 0 - 6 abgetragen (0 = keine Symptomatik, 6 = extrem starke Symptomatik).

Oberhalb der Symptomverlaufskurve sind alle negativen Ereignisse, unterhalb der Symptomverlaufskurve alle positiven Ereignisse in Form einer kurzen oder längeren Linie, entsprechend der subjektiv erlebten Dauer des Ereignisses dargestellt.

Die Breite der Linie kennzeichnet den Schweregrad des Ereignisses von 1 - 6, je breiter die Linie, umso stärker der Ausprägungsgrad des Ereignisses.

Die erste Zahl vor der Ereignislinie entspricht der Ereignisnummer des Interviewleitfadens und ermöglicht die Identifizierung der Ereignisart. Die Zahl nach dem Schrägstrich zeigt an, ob das Ereignis durch die Symptomatik bedingt ist (0 = sicher nicht symptombedingt, 1 = vermutlich nicht symptombedingt, 2 = vermutlich symptombedingt, 3 = sicher symptombedingt). Die Zahlen nach der Ereignisliste haben entsprechend der angegebenen Reihenfolge folgende Bedeutung:
In Klammern steht die subjektive Gewichtung des Ereignisses durch den Patienten für die ersten vier Wochen und die durchschnittliche Gewichtung des Ereignisses nach einem Monat.

Die nachfolgende Zahl kennzeichnet das Ereignis als objektives, überprüfbares Ereignis = 1, oder als subjektives, nicht überprüfbares Ereignis = 0.

Die Zahl danach gibt an, inwieweit die subjektive Bewertung des Patienten durch die Symptomatik beeinflußt sein könnte, 0 = die Bewertung des Ereignisses wurde sicher nicht durch die Symptomatik beeinflußt, 1 = sie wurde wahrscheinlich nicht durch die Symptomatik beeinflußt, 2 = sie wurde wahrscheinlich durch die Symptomatik beeinflußt, 3 = sie wurde sicher durch die Symptomatik beeinflußt.

Als letzte Zahl in Klammern wurde die Bewertung des Ereignisses durch den Untersucher angefügt, für die Fälle, in denen die Bewertung des Ereignisses einer VErzerrung durch die Symptomatik des Patienten unterworfen war. 9 bedeutet, die entsprechende Bewertung war nicht zu beurteilen.

Rechts neben der Graphik, die den Symptomverlauf von Entlassung bis Katamnese darstellt, ist der Mittelwert (M), die Standardabweichung (SD) der Symptomkurve angegeben.

Darunter ist der Trend (TR) angegeben. Es ist die Linie, die so durch die Symptomkurve gelegt ist, daß die Abweichungen der Kurvenwerte von der Linie minimal werden. Error (ERR) gibt an, wieviel Prozent der Varianz vom Trend erklärt wird.
Die Standardabweichung der Residuen (SDR) gibt die Abweichungen von der Trendlinie an.

Im unteren Feld der Graphik sind die Therapien von Entlassung bis zum katamnestischen Interview unterhalb der Zeitachse abgetragen. Die dicke Linie kennzeichnet stationäre Behandlungen, die etwas dünnere Linie ambulante Behandlungen.

Die erste Zahl vor den Linien gibt die Art der Therapie an (siehe folgende Liste). Die Zahl nach dem Querstrich kennzeichnet den Behandlungsanlaß. 1 = Behandlung für die gleiche Störung, die auch im MPI stationär behandelt wurde, 2 = Behandlung für eine andere Störung als die, die im MPI behandelt wurde, 3 = Kombination 1 und 2, 9 = unbekannt.

Art der Therapie

1 Psychoanalyse (einzeln)

2 Gruppenanalyse

3 Psychoanalytische Kurztherapie

4 Verhaltenstherapie

5 Medikamentöse Therapie

6 EKT

7 Leukotomie

8 Stereotaktischer Eingriff

9 Kuraufenthalte

10 Kombination 1 oder 2 oder 3 und 5

11 Kombination 4 und 5

12 Transaktionsanalyse

13 Autogenes Training

14 Gestalttherapie

15 Heil- und Sonderpädagogische Verfahren

16 Individualpsychologische Psychotherapie

17 Primärtherapie

18 Klientzentrierte Psychotherapie

19 Psychodrama

20 Rhythmus-/ Atmungs-/ Bewegungstherapie

21 Hypnose

22 Akupunktur

23 einfaches Gespräch, einfache Aussprache, psychiatrisch unterstützendes Gespräch

24 sonstige

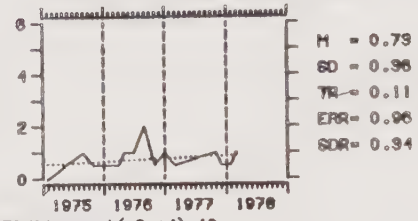
25 nicht zu beurteilen

PAT 10 AN-F

NEGATIVE EREIGNISSE

42/0 (-5) 00
42/0 (-9,-9) 00
71/0 (-1) 00
26/0 (-4,-2) 10
147/0 (-6) 00
105/0 (-4,-2) 00
63/1 (-2,-2) 00

SYMPTOM-INTENSITÄT



POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

56/0 (+6,+4) 10
196/0 (+9,+8) 10
147/0 (+9,+9) 10
147/0 (+2,+2) 10
71/0 (+9,+9) 00
98/0 (+4,+2) 10
58/0 (+5) 10
72/0 (+9,+9) 00
59/0 (+4) 10
49/0
49/0 (+9,+9) 00
106/0 (+2,+2) 00

THERAPIEN

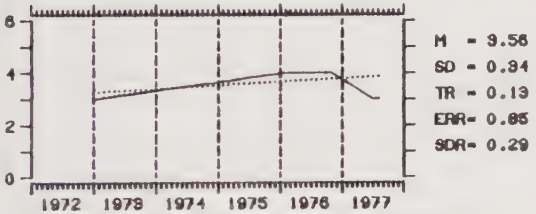
28/1
5/2
29/2

PAT 20 AN-F

NEGATIVE EREIGNISSE

69/0 (-5,-5) 00
57/0 M (-4) 10
71/0 (-4,-4) 00
129/0 (-3,-3) 10
55/0 (-2,-2) 10
105/2 (-2,-2) 00
53/1 (-3,-3) 10
41/2 (-5,-5) 02(-5)
129/0 (-1,-1) 10

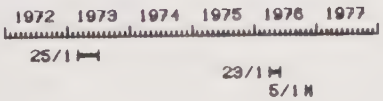
SYMPTOM-INTENSITÄT



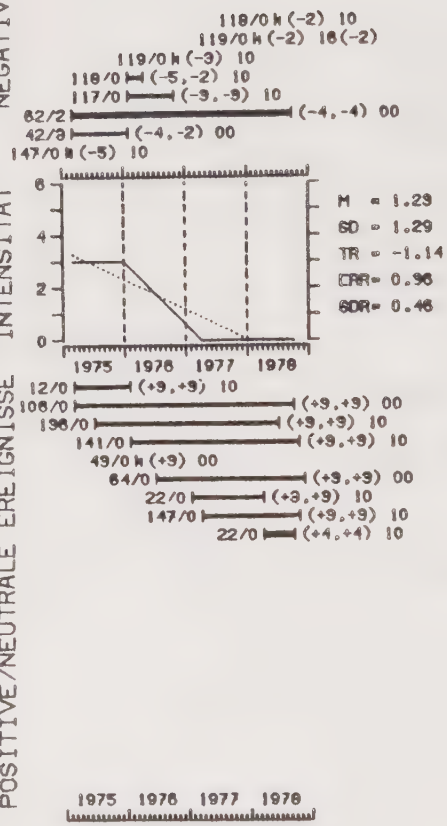
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

109/0 (+3,+3) 00
1/0 (+3,+3) 10
7/0 M (+4) 10
136/0 (+1,+1) 10
141/0 (+3,+3) 10
52/0 M
54/0 (+3,+3) 10
2/0 (+3,+3) 10
58/0 (+4,+4) 10
1/0 (+8,+4) 10
90/0 (+5,+5) 10

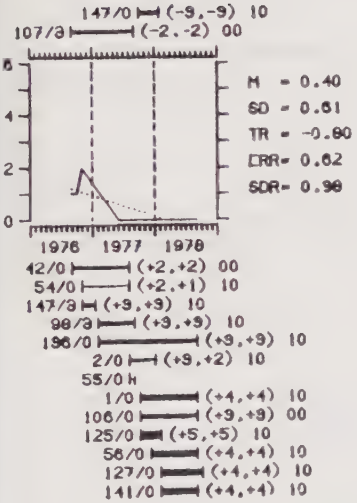
THERAPIEN



PAT 30 AN-M


NEGATIVE EREIGNISSE
118/0 h (-2) 10
119/0 h (-2) 16(-2)
119/0 h (-3) 10
118/0 (-5,-2) 10
117/0 (-9,-9) 10
82/2 (-4,-4) 00
42/3 (-4,-2) 00
147/0 h (-5) 10
SYMPTOM-INTENSITÄT
6
4
2
0
M = 1.29
SD = 1.29
TR = -1.14
CRR= 0.96
SDR= 0.46
1975 1976 1977 1978
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
12/0 (+9,+9) 10
108/0 (+9,+9) 00
196/0 (+9,+9) 10
141/0 (+9,+9) 10
49/0 h (+9) 00
84/0 (+9,+9) 00
22/0 (+9,+9) 10
147/0 (+9,+9) 10
22/0 (+4,+4) 10
THERAPIEN
1975 1976 1977 1978

PAT 40 AN-F


147/0 (-9,-9) 10
107/3 (-2,-2) 00
6
4
2
0
M = 0.40
SD = 0.61
TR = -0.80
ERR= 0.62
SDR= 0.98
1976 1977 1978
42/0 (+2,+2) 00
54/0 (+2,+1) 10
147/3 (+9,+9) 10
98/3 (+9,+9) 10
196/0 (+9,+9) 10
2/0 (+9,+2) 10
55/0 h
1/0 (+4,+4) 10
106/0 (+9,+9) 00
125/0 (+5,+5) 10
56/0 (+4,+4) 10
127/0 (+4,+4) 10
141/0 (+4,+4) 10

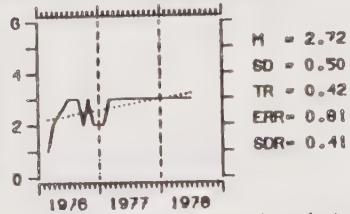
1976 1977 1978

PAT 60 AN-F

NEGATIVE EREIGNISSE

34/0 (-2,-2) 10
105/0 (-1,-1) 00
11/2 (-9,-9) 12(-9)
142/2 (-1,-1) 10
135/2 (-9,-9) 10
98/3 M (-4,-4) 12(+9)
62/2 (-2,-2) 00

SYMPTOM-INTENSITÄT



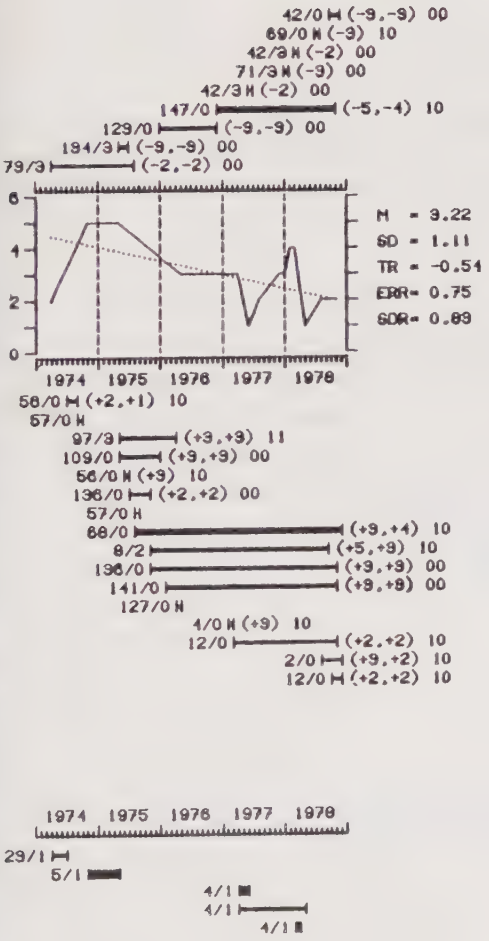
11/3 (+2,+2) 12(-9)
118/0 M
149/0 (+3,+9) 10
22/2 (+4,+9) 10

POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

THERAPIEN

1976 1977 1978
4/1
23/1 M
5/1 M
5/1 M
5/1 M

PAT 70 AN-F



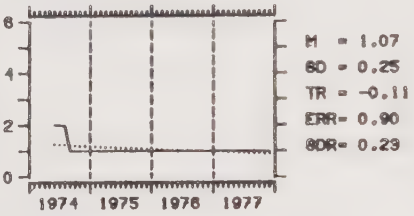
THERAPIEN POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE INTENSITÄT NEGATIVE EREIGNISSE

PAT 80 AN-F

NEGATIVE EREIGNISSE

147/0 (-5,-5) 10
117/0 (-1,-1) 10
116/0 (-4,-4) 10
118/1 (-1) 19(-9)
19/9 (+4,-2) 11

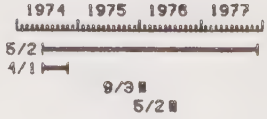
SYMPTOM-INTENSITÄT



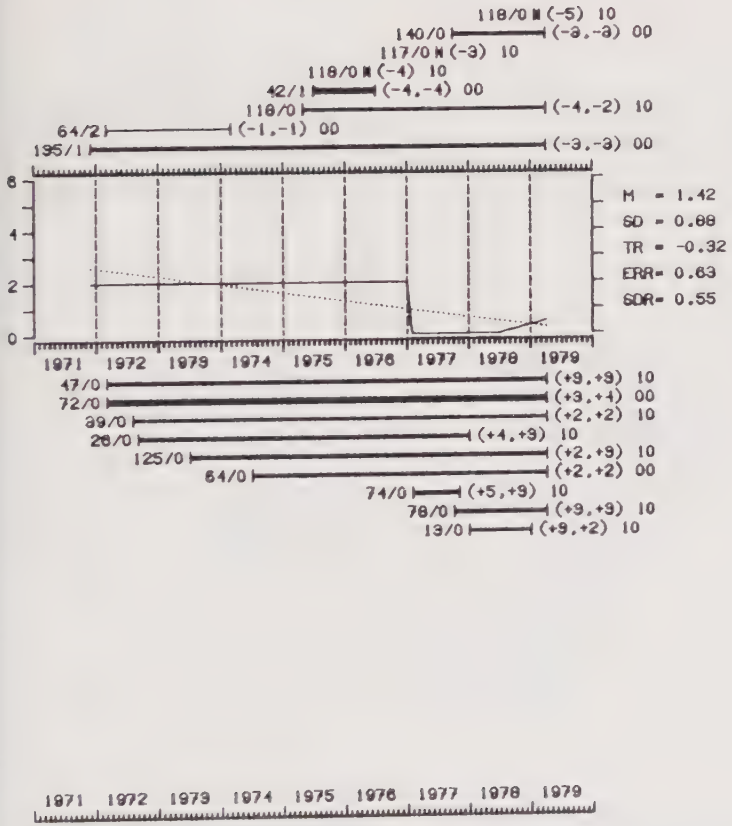
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

82/9
19/9 (+1,+1) 11
147/9 (+9,+6) 19(99)
19/9 (+3,+9) 11
147/1 (+9,+9) 11
147/9 (+9,+6) 19(99)
147/9 (+3) 19(+3)
147/0 (+4,+4) 10
147/9 (+9,+9) 19(99)
147/9 (+5,+5) 11

THERAPIEN

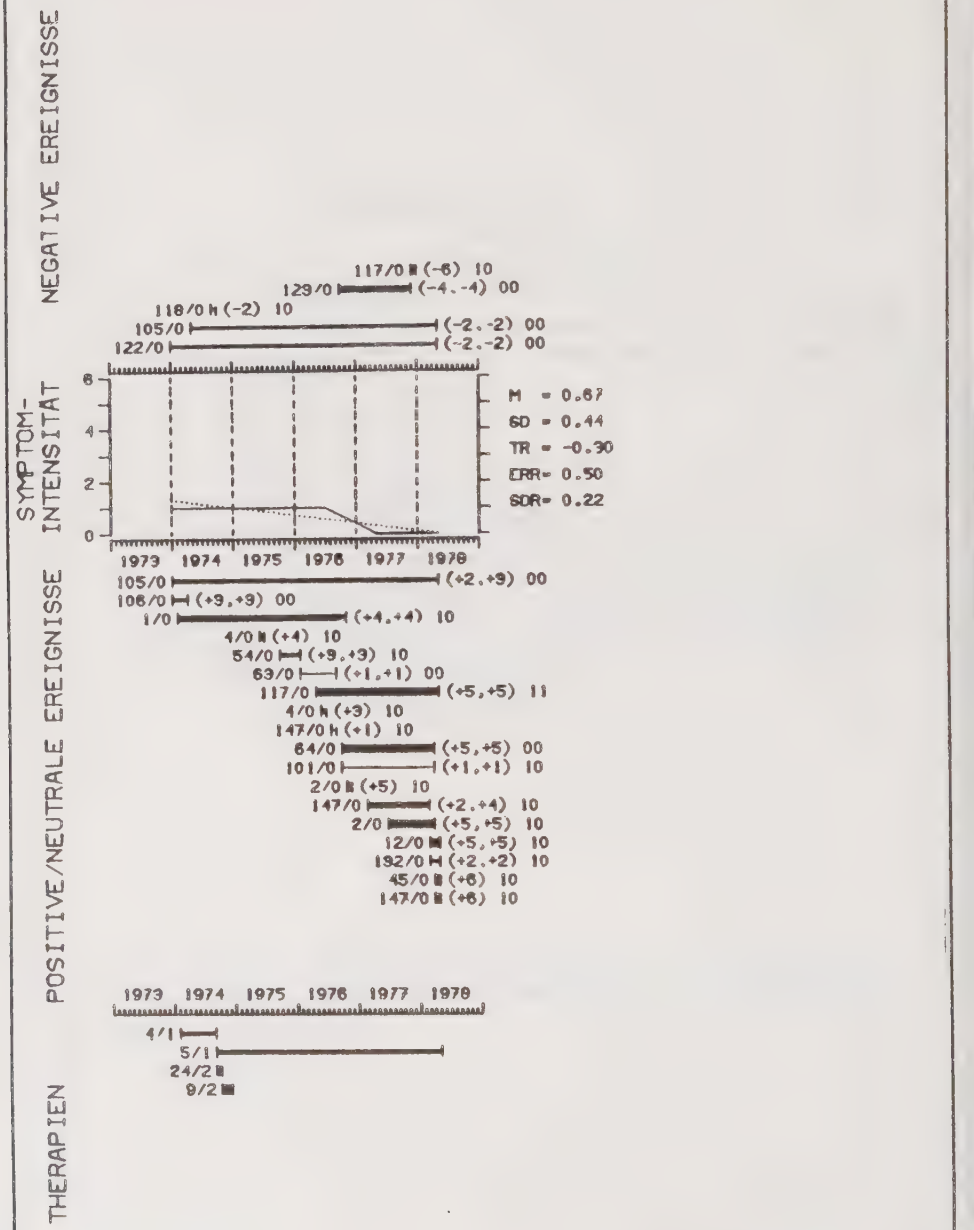


PAT 81 AN-F

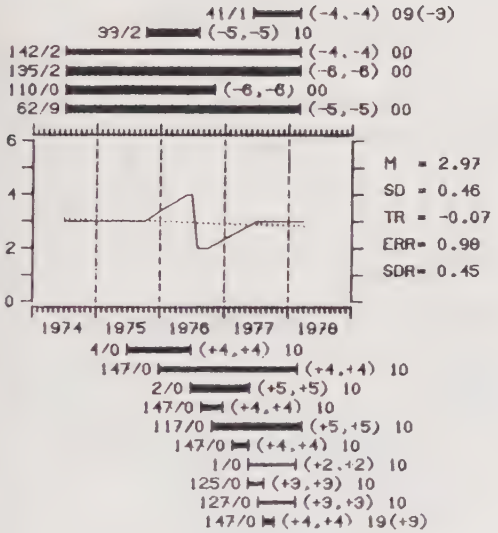

118/0 M (-5) 10
140/0 (-3,-3) 00
117/0 M (-3) 10
118/0 M (-4) 10
42/1 (-4,-4) 00
118/0 (-4,-2) 10
64/2 (-1,-1) 00
195/1 (-3,-3) 00
6
4
2
0
M = 1.42
SD = 0.88
TR = -0.32
ERR= 0.63
SDR= 0.55
1971 1972 1979 1974 1975 1976 1977 1978 1979
47/0 (+9,+9) 10
72/0 (+3,+4) 00
39/0 (+2,+2) 10
28/0 (+4,+9) 10
125/0 (+2,+9) 10
64/0 (+2,+2) 00
74/0 (+5,+9) 10
78/0 (+9,+9) 10
13/0 (+9,+2) 10

1971 1972 1979 1974 1975 1976 1977 1978 1979

PAT 90 AN-F

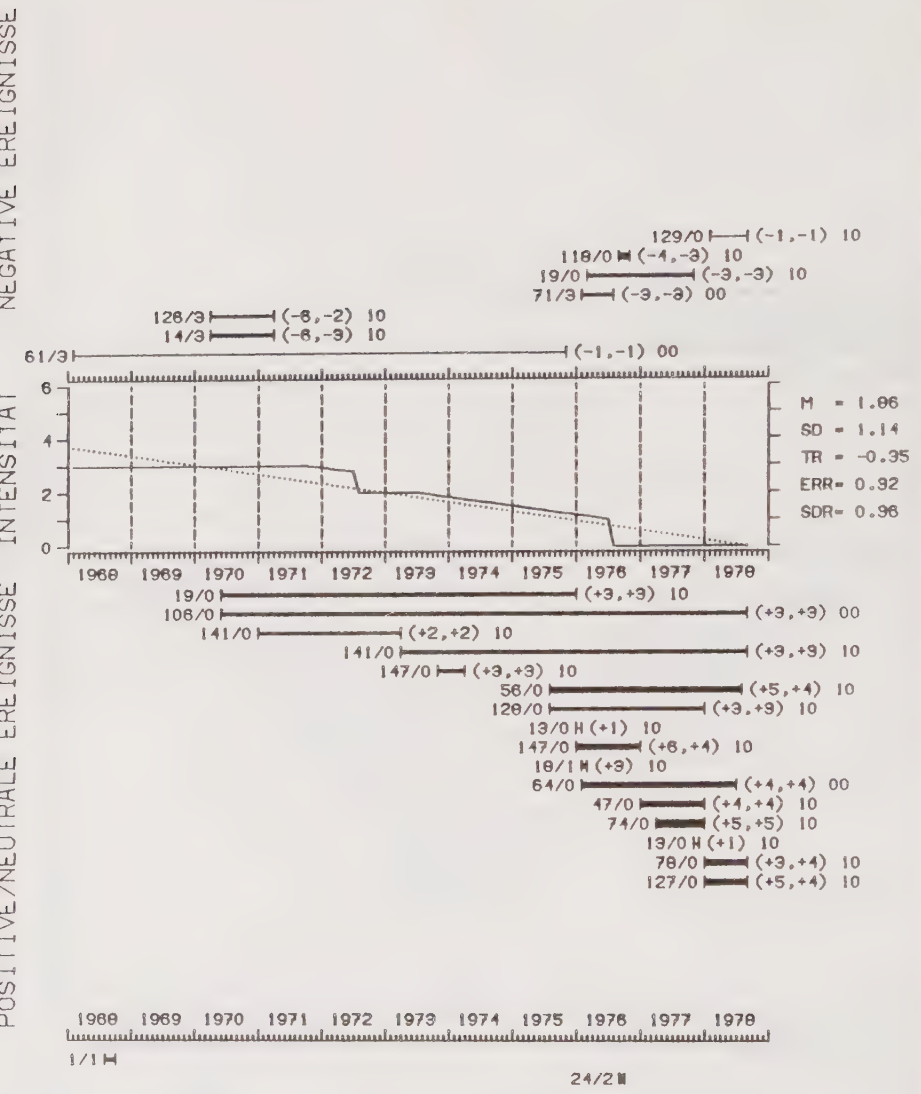

NEGATIVE EREIGNISSE
SYMPTOM-INTENSITÄT
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
THERAPIEN
117/0 (-6) 10
129/0 (-4,-4) 00
118/0 (-2) 10
105/0 (-2,-2) 00
122/0 (-2,-2) 00
M = 0.67
SD = 0.44
TR = -0.30
ERR= 0.50
SDR= 0.22
1973 1974 1975 1976 1977 1978
105/0 (+2,+9) 00
106/0 (+9,+9) 00
1/0 (+4,+4) 10
4/0 (+4) 10
54/0 (+9,+3) 10
63/0 (+1,+1) 00
117/0 (+5,+5) 11
4/0 (+3) 10
147/0 (+1) 10
64/0 (+5,+5) 00
101/0 (+1,+1) 10
2/0 (+5) 10
147/0 (+2,+4) 10
2/0 (+5,+5) 10
12/0 (+5,+5) 10
192/0 (+2,+2) 10
45/0 (+6) 10
147/0 (+6) 10
1973 1974 1975 1976 1977 1978
4/1
5/1
24/2
9/2

PAT 100 AN-F

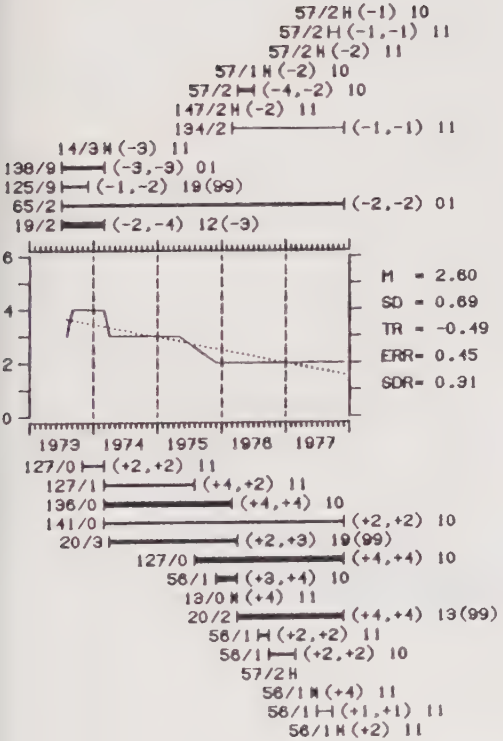


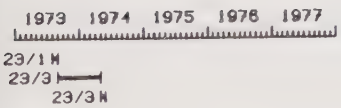
NEGATIVE EREIGNISSE INTENSITÄT POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

PAT 110 AN-F


THERAPIEN
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
INTENSITAT
NEGATIVE EREIGNISSE
129/0 (-1,-1) 10
118/0 (-4,-3) 10
19/0 (-3,-3) 10
71/3 (-3,-3) 00
128/3 (-8,-2) 10
14/3 (-8,-9) 10
61/3 (-1,-1) 00
M = 1.86
SD = 1.14
TR = -0.35
ERR= 0.92
SDR= 0.96
1968 1969 1970 1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978
19/0 (+3,+3) 10
106/0 (+3,+3) 00
141/0 (+2,+2) 10
141/0 (+3,+3) 10
147/0 (+3,+3) 10
56/0 (+5,+4) 10
128/0 (+3,+3) 10
13/0 H (+1) 10
147/0 (+6,+4) 10
18/1 H (+9) 10
64/0 (+4,+4) 00
47/0 (+4,+4) 10
74/0 (+5,+5) 10
13/0 H (+1) 10
78/0 (+3,+4) 10
127/0 (+5,+4) 10
1968 1969 1970 1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978
1/1 H
24/2 H

PAT 120 AN-F


57/2 H (-1) 10
57/2 H (-1,-1) 11
57/2 H (-2) 11
57/1 H (-2) 10
57/2 (-4,-2) 10
147/2 H (-2) 11
134/2 (-1,-1) 11
14/3 H (-3) 11
138/9 (-3,-3) 01
125/9 (-1,-2) 19(99)
65/2 (-2,-2) 01
19/2 (-2,-4) 12(-3)
6
4
2
0
M = 2.60
SD = 0.69
TR = -0.49
ERR= 0.45
SDR= 0.91
1973 1974 1975 1976 1977
127/0 (+2,+2) 11
127/1 (+4,+2) 11
136/0 (+4,+4) 10
141/0 (+2,+2) 10
20/3 (+2,+3) 19(99)
127/0 (+4,+4) 10
58/1 (+3,+4) 10
13/0 H (+4) 11
20/2 (+4,+4) 13(99)
58/1 H (+2,+2) 11
58/1 (+2,+2) 10
57/2 H
58/1 H (+4) 11
58/1 (+1,+1) 11
58/1 H (+2) 11


1973 1974 1975 1976 1977
23/1 H
23/3
23/3 H

PAT 130 AN-F

NEGATIVE EREIGNISSE

140/3 (-5,-5) 10
63/3 (-5,-5) 01
98/0 (-4) 12(99)
147/1 (-5,-5) 11
94/9 (-5,-5) 11
7/2 (-5) 11
42/1 (-6,-6) 02(-5)
118/9 (-6,-3) 10
105/9 (-5,-5) 01
147/9 (-3,-3) 02(-2)
119/0 (-5,-5) 10
194/2 (-5,-5) 01
195/2 (-2,-2) 01

SYMPTOM-INTENSITÄT

6
4
2
0

M = 2.66
SD = 1.60
TR = 0.79
ERR= 0.64
SDR= 1.02

1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977

POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

54/0 (+3,+5) 10
4/0 (+5,+5) 11
2/0 (+6,+5) 10
1/0 (+4,+9) 11
8/2 (+5,+5) 19(99)
20/2 (+5,+5) 12(99)
196/2
45/1 (+6,+6) 10
47/1 (+6,+6) 10

THERAPIEN

1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977

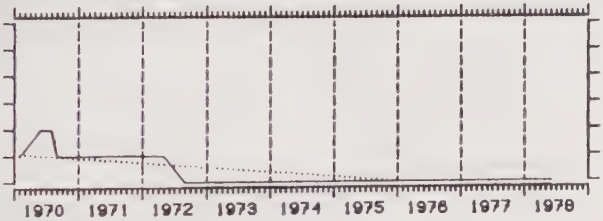
4/1
24/1
13/1

PAT 140 AN-F

NEGATIVE EREIGNISSE

41/0 (-3,-3) 00
7/1 M (-3) 10
117/0 H (-1) 10
53/9 (-2,-3) 10
7/9 (-3,-1) 11
125/0 H (-2,-2) 19(99)

INTENSITÄT



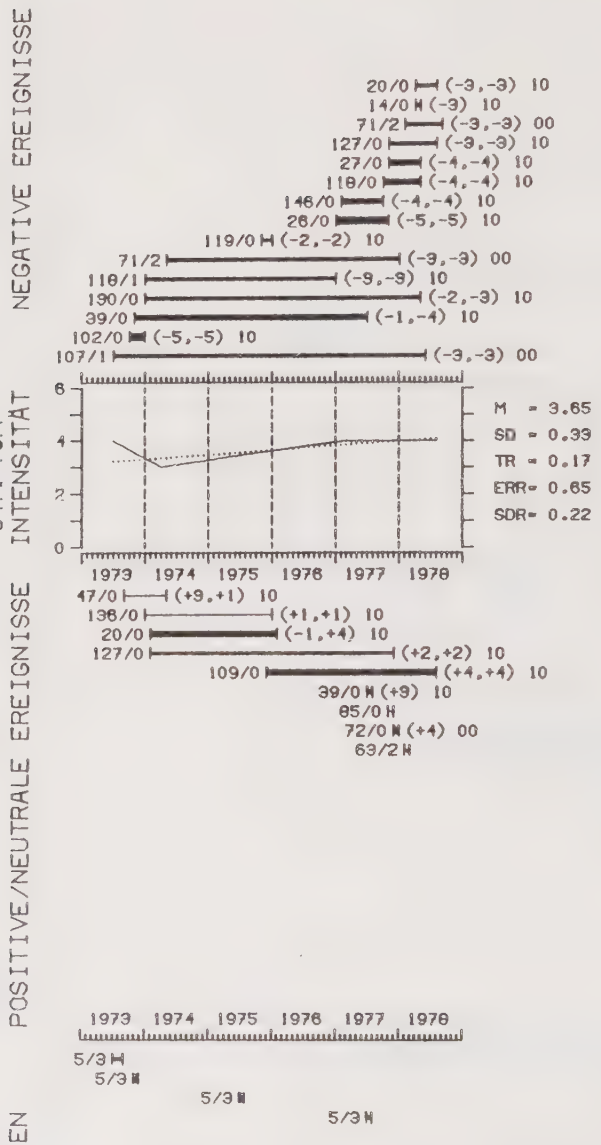
19/0 (+4,+2) 10
2/0 (+2,+2) 10
128/0 (+4,+2) 10
17/0 H
19/0 (+4,+4) 00
125/1 (+4,+2) 10
52/0 (+2,+1) 10
54/0 (+3,+5) 10
53/0 H
106/0 (+2,+2) 00
101/0 H
9/0 (+4,+4) 10
45/0 M (+5) 10

POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

THERAPIEN

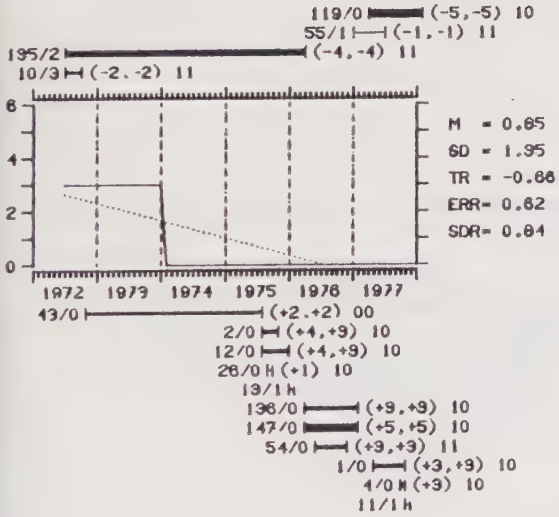
5/1 M
23/1 M
23/1 M

PAT 160 AN-F


NEGATIVE EREIGNISSE
20/0 (-3,-3) 10
14/0 M (-3) 10
71/2 (-3,-3) 00
127/0 (-3,-3) 10
27/0 (-4,-4) 10
118/0 (-4,-4) 10
146/0 (-4,-4) 10
26/0 (-5,-5) 10
119/0 M (-2,-2) 10
71/2 (-3,-3) 00
118/1 (-3,-3) 10
190/0 (-2,-3) 10
39/0 (-1,-4) 10
102/0 (-5,-5) 10
107/1 (-3,-3) 00
INTENSITÄT
6
4
2
0
M = 3.65
SD = 0.39
TR = 0.17
ERR= 0.65
SDR= 0.22
1973 1974 1975 1976 1977 1978
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
47/0 (+3,+1) 10
136/0 (+1,+1) 10
20/0 (-1,+4) 10
127/0 (+2,+2) 10
109/0 (+4,+4) 10
39/0 M (+3) 10
85/0 M
72/0 M (+4) 00
63/2 M

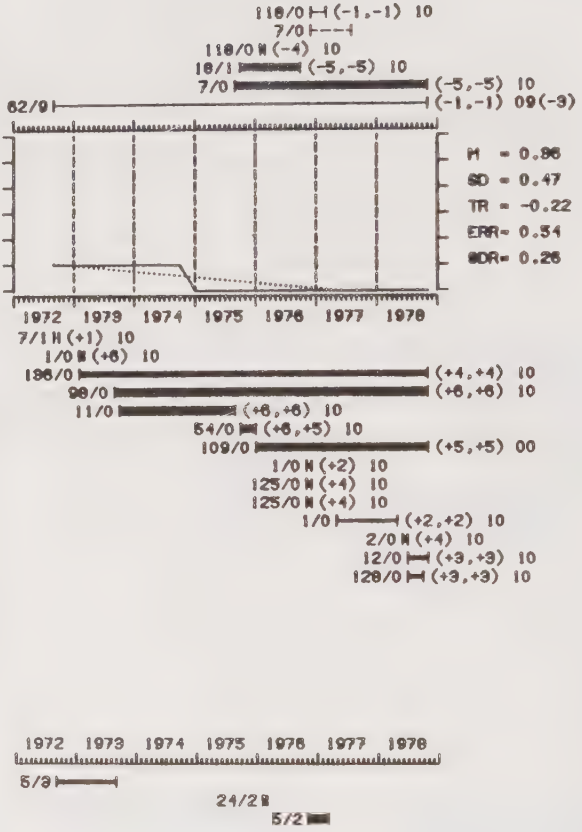
THERAPIEN
1973 1974 1975 1976 1977 1978
5/3 M
5/3 M
5/3 M
5/3 M

PAT 170 AN-F



NEGATIVE EREIGNISSE INTENSITAT POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

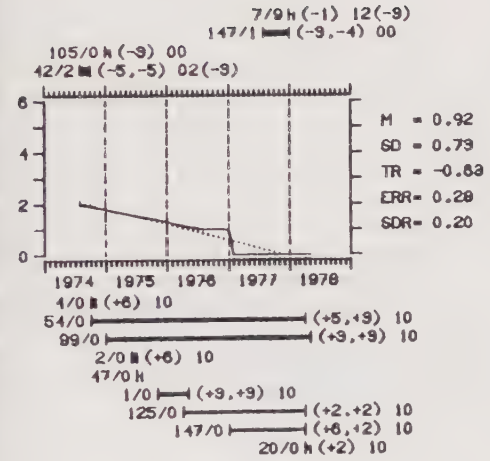
PAT 180 AN-F


NEGATIVE EREIGNISSE
118/0 (-1,-1) 10
7/0
118/0 N (-4) 10
18/1 (-5,-5) 10
7/0 (-5,-5) 10
62/9 (-1,-1) 09(-3)
SYMPTOM-INTENSITÄT
M = 0.86
SD = 0.47
TR = -0.22
ERR= 0.54
SDR= 0.26
1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
7/1 N (+1) 10
1/0 N (+6) 10
186/0 (+4,+4) 10
98/0 (+6,+6) 10
11/0 (+6,+6) 10
54/0 N (+6,+5) 10
109/0 (+5,+5) 00
1/0 N (+2) 10
125/0 N (+4) 10
125/0 N (+4) 10
1/0 (+2,+2) 10
2/0 N (+4) 10
12/0 (+3,+3) 10
128/0 (+3,+3) 10
THERAPIEN
1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978
5/3
24/2 N
5/2

PAT 190 AN-F

NEGATIVE EREIGNISSE

SYMPTOM-INTENSITÄT



POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

THERAPIEN

PAT 200 AN-F

NEGATIVE EREIGNISSE

SYMPTOM-INTENSITÄT

POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

THERAPIEN

PAT 210 AN-F

NEGATIVE EREIGNISSE

INTENSITÄT

M = 0.26
SD = 0.99
TR = -0.18
ERR= 0.42
SDR= 0.14

147/0 M (-6) 10
79/0 (-2,-2) 00

1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978

196/0 (+2,+9) 10
141/0 (+5,+5) 10
52/0 (+5,+5) 10
186/0 (+4,+4) 10
147/0 (+1,+5) 10
54/0 (+6,+6) 10
128/0 (+3,+9) 10
2/0 (+5,+1) 10
1/0 (+4,+4) 10
147/0 M (+5) 10
4/0 M (+4) 10

POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978

24/1 M

THERAPIEN

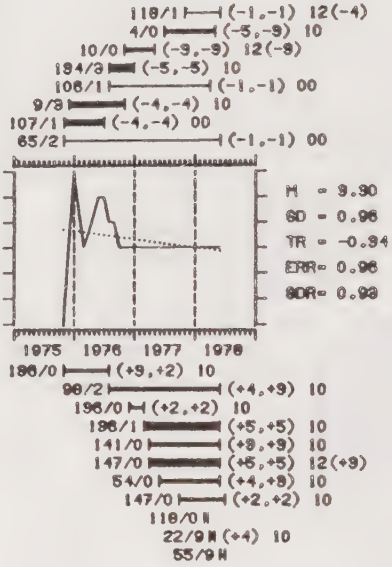
PAT 220 AN-F

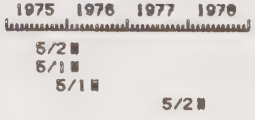
THERAPIEN

POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

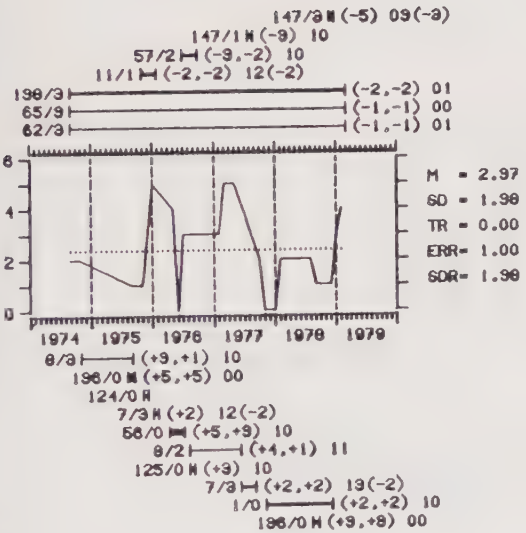
SYMPTOM-INTENSITÄT

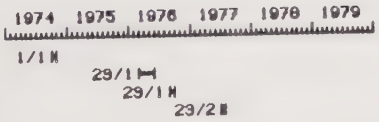
NEGATIVE EREIGNISSE





PAT 290 AN-F





NEGATIVE EREIGNISSE

SYMPTOM-INTENSITÄT

POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

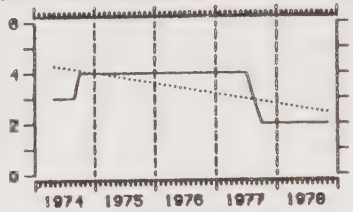
THERAPIEN

PAT 240 AN-F

NEGATIVE EREIGNISSE

129/3 (-4,-4) 10
97/2 (-4,-4) 12(+2)
18/3 (-9,-9) 10
14/3 (-2,-2) 11
127/2 (-2,-2) 10
14/1 (-6,-2) 10
57/0 (-6,-9) 10
127/0 (-4,-4) 10
147/2 (-4,-4) 00
107/1 (-5,-5) 00

SYMPTOM-INTENSITÄT



POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

20/0 (+3,+4) 10
56/0 (+5,+5) 10
127/2 (+4) 10
52/1 (+8,+9) 10
127/2 (+4) 10
20/0 (+4,+2) 10
112/1 (+3,+9) 00
19/0 (+6,+5) 10

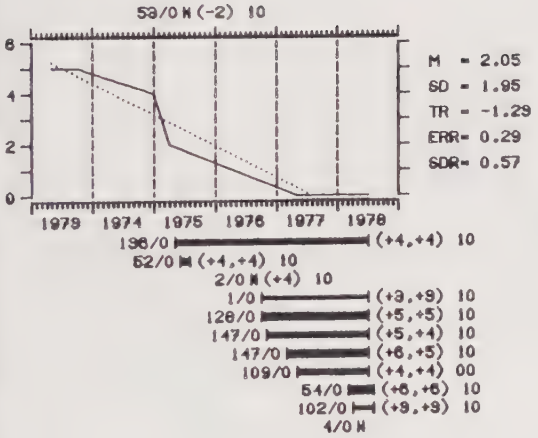
THERAPIEN

1974 1975 1976 1977 1978
5/2
5/1
9/1

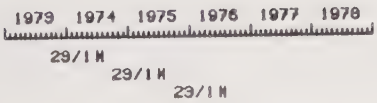
PAT 250 AN-F

NEGATIVE EREIGNISSE

SYMPTOM-
INTENSITÄT



POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE



THERAPIEN

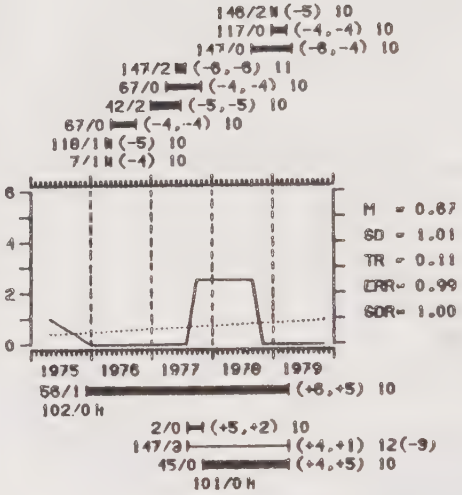
PAT 251 AN-F

NEGATIVE EREIGNISSE

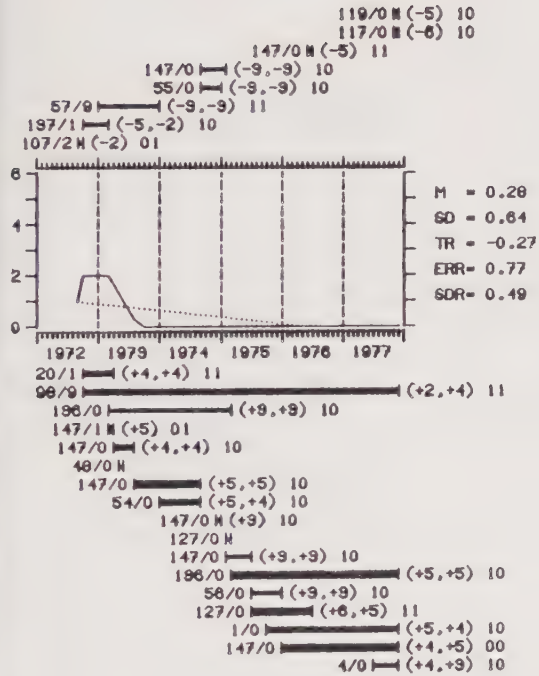
SYMPTOM-INTENSITÄT

POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

THERAPIEN



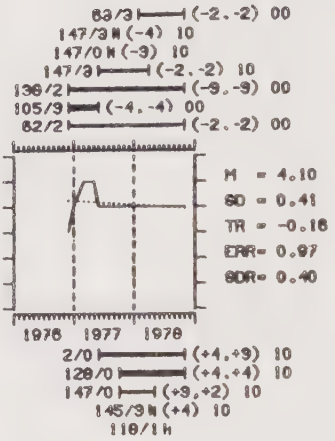
PAT 260 AN-F



THERAPIEN POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE INTENSITÄT NEGATIVE EREIGNISSE

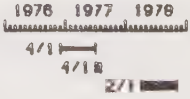
PAT 270 AN-M

NEGATIVE EREIGNISSE



POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

THERAPIEN

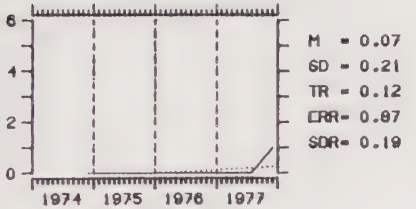


PAT 280 AN-F

NEGATIVE EREIGNISSE

105/1 (-2) 11
71/1 (-4,-4) 09(-4)
194/1 (-9,-9) 10
125/0 (-9,-9) 11

SYMPTOM-INTENSITÄT



POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

10/3 (+6,+4) 11
98/3 (+5,+5) 11
196/0 (+5,+4) 10
2/0 (+5,+4) 10
54/0 (+5,+5) 10
1/0 (+3,+3) 10
8/0 (+6,+9) 10
71/1 (+3,+3) 00
196/0 (+4,+4) 11
147/0 (+5,+4) 10

THERAPIEN

1974 1975 1976 1977

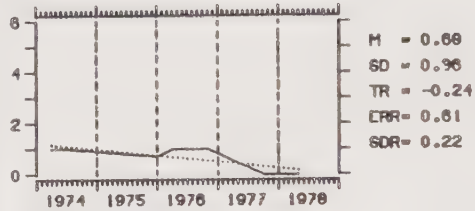
23/1 M

PAT 290 AN-F

NEGATIVE EREIGNISSE

119/0 H (-1) 10
140/0 (-1,-1) 10
125/0 (-4,-4) 10
118/0 H (-2) 10
67/0 (-1,-1) 10
117/0 (-4,-2) 10
108/0 (-2,-2) 00
53/0 (-9,-9) 10
1/0 (-3,-4) 11
42/0 (-1,-1) 00
53/0 (-9,-9) 10
98/0 (-9,-9) 10

SYMPTOM-INTENSITÄT



POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

2/0 (+5,+4) 10
52/0 (+4,+4) 10
127/0 (+3,+3) 10
52/0 (+4,+4) 10
2/0 H (+5) 10
54/0 (+4,+4) 10
72/0 (+6,+6) 00
4/0 (+5,+4) 19(+4)
45/0 (+4,+3) 10
2/0 (+5,+4) 10
74/0 (+9,+9) 10
47/0 (+5,+5) 10
128/0 H (+5) 10
12/0 (+4,+4) 10
127/0 (+4,+4) 10
78/0 (+6,+5) 10
109/0 (+9,+9) 00
147/0 H (-4,+5) 10

THERAPIEN

1974 1975 1976 1977 1978

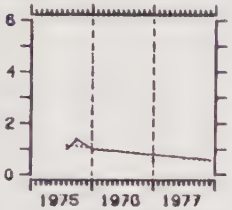
29/1
29/2 H
10/2 H

PAT 310 AN-F

NEGATIVE EREIGNISSE

10/0 N (-2) 10
42/1 (-3,-4) 01
144/0 N (-2) 10
110/2 (-2,-2) 02(-2)
62/2 (-9,-9) 10

SYMPTOM-INTENSITÄT

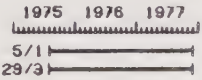


M = 0.87
SD = 0.19
TR = -0.28
ERR= 0.30
SDR= 0.07

136/0 (+4,+4) 10
141/0 (+4,+4) 10
2/0 H (+3,+9) 10
1/0 (+4,+1) 11
132/0 (+5,+5) 11
101/0 (+4,+4) 12(99)
7/1 N (+3) 11
0/0 (+4,+4) 10
147/0 (+6,+4) 11

POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

THERAPIEN

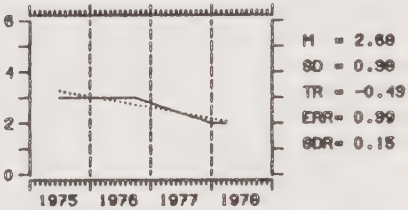


PAT 320 AN-F

NEGATIVE EREIGNISSE

55/1 (-4,-2) 10
69/0 (-4) 10
117/0 (-4,-4) 10
147/0 (-2,-2) 10

SYMPTOM-INTENSITÄT



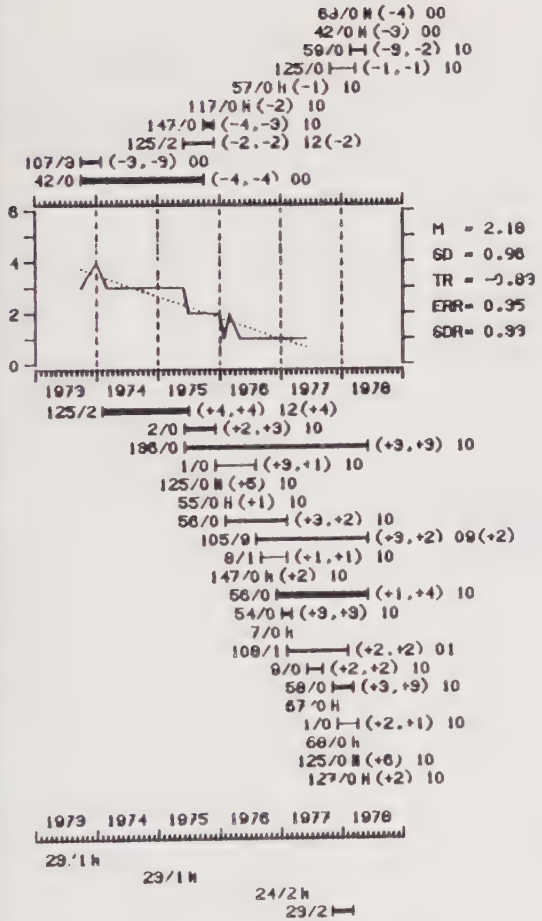
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

11/0 (+3,+3) 10
54/0 (+3,+2) 10
127/1 (+4,+4) 10
100/0
147/0 (+5) 10
7/0 (+2,0) 10
1/0 (+5,+5) 10
136/0 (+4,+4) 10

1975 1976 1977 1978

THERAPIEN

PAT 330 AN-F

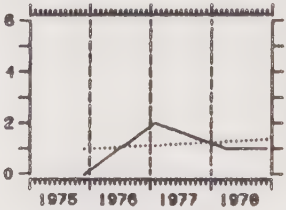

NEGATIVE EREIGNISSE
INTENSITÄT
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
THERAPIEN
63/0 M (-4) 00
42/0 M (-3) 00
59/0 (-9,-2) 10
125/0 (-1,-1) 10
57/0 H (-1) 10
117/0 M (-2) 10
147/0 M (-4,-3) 10
125/2 (-2,-2) 12(-2)
107/3 (-3,-9) 00
42/0 (-4,-4) 00
M = 2.18
SD = 0.98
TR = -0.83
ERR= 0.95
SDR= 0.99
1973 1974 1975 1976 1977 1978
125/2 (+4,+4) 12(+4)
2/0 (+2,+3) 10
186/0 (+3,+9) 10
1/0 (+9,+1) 10
125/0 M (+5) 10
55/0 H (+1) 10
56/0 (+3,+2) 10
105/9 (+9,+2) 09(+2)
8/1 (+1,+1) 10
147/0 M (+2) 10
56/0 (+1,+4) 10
54/0 M (+9,+9) 10
7/0 H
108/1 (+2,+2) 01
9/0 (+2,+2) 10
58/0 (+3,+9) 10
67/0 H
1/0 (+2,+1) 10
68/0 H
125/0 M (+6) 10
127/0 H (+2) 10
1973 1974 1975 1976 1977 1978
29/1 H
29/1 H
24/2 H
29/2

PAT 340 AN-F

NEGATIVE EREIGNISSE

147/1 (-5) 10
101/0 (-4,-1) 12(-1)
147/1 (-5) 10
194/2 (-2,-2) 00
119/0 (-5,-5) 10
119/9 (-2,-5) 10
123/0 (-4,-4) 10
101/3 (-4,-9) 12(+2)
62/2 (-9,-9) 00

SYMPTOM-INTENSITÄT



POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

10/3 (+2,+2) 10
102/0 (+5,+5) 12(+9)
186/0 (+4,+4) 00
127/0 (+4,+4) 10
106/0 (+2,+2) 00
147/0 (+5,+5) 10
109/0 (+2,+2) 00
101/0 (+5,+4) 10

THERAPIEN

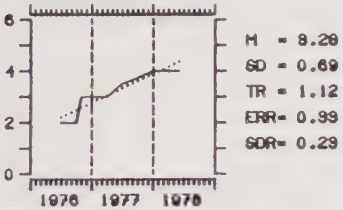
1975 1976 1977 1978
24/2

PAT 350 AN-F

NEGATIVE EREIGNISSE

118/0 M (-9,-9) 10
129/0 (-2,-2) 10
97/3 (-1,-6) 11
147/0 M (-5,-5) 10
142/2 (-4,-1) 10
198/3 (-4,-4) 10
65/9 (-1,-1) 00
62/2 (-1,-1) 00
42/1 M (-9,-9) 00

SYMPTOM-INTENSITÄT



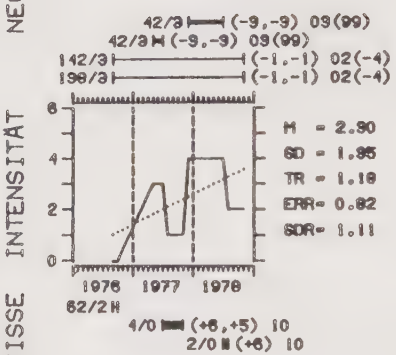
117/0 M
14/3 M (+4,+2) 19(-4)
20/0 (+9,+9) 10
147/0 (+4,+9) 10
147/0 M (+2) 10

POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

THERAPIEN

1976 1977 1978
23/1

PAT 360 AN-F



THERAPIEN

POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

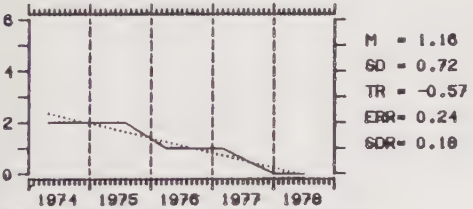
NEGATIVE EREIGNISSE

PAT 370 AN-F

NEGATIVE EREIGNISSE

117/0 M (-9) 10
118/0 (-9,-8) 10
57/1 (-1,-1) 10
42/9 M (-9,-9) 01
117/0 M (-1) 10

SYMPTOM-INTENSITÄT



POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

58/0 (+4,+1) 10
125/0 M (+2) 10
1/0 (+2,+9) 10
57/0 M
58/0 (+4,+9) 10
4/0 (+9,+9) 10
117/0 M
2/0 (+4,+4) 10
147/0 M (+4,+4) 10
58/0 (+2,+1) 10
125/0 M (+2) 10
57/9 M
124/0 (-1,+2) 10
147/0 M
124/0 (+2,+2) 10
48/0 M (+9) 10
196/0 (+4,+9) 10
19/0 (+9,+8) 10
109/0 (+9,+9) 00
58/0 (+9,+9) 10
19/0 (+9,+9) 10
128/0 (+9,+9) 10

1974 1975 1976 1977 1978

THERAPIEN

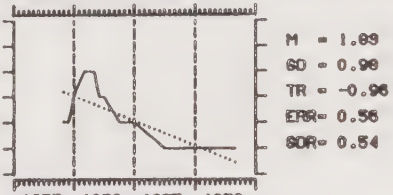
5/1
5/1 M

PAT 380 AN-F

NEGATIVE EREIGNISSE

146/3 (-5,-5) 10
107/3 (-9,-9) 00
65/3 (-9,-9) 00
61/3 (-1,-1) 00

SYMPTOM-INTENSITÄT



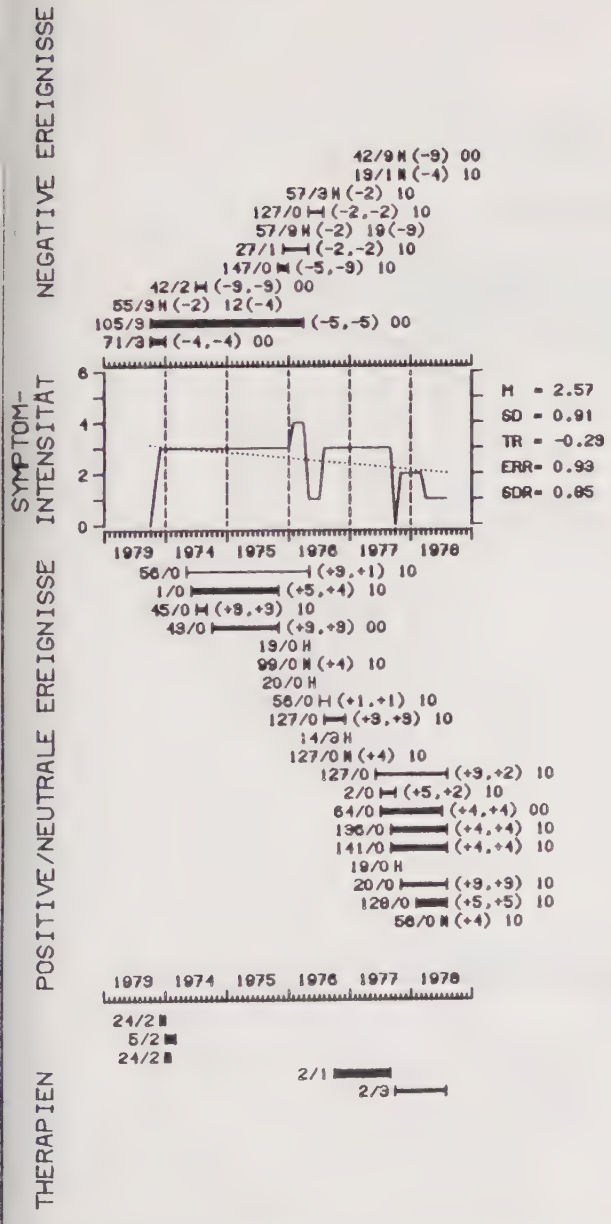
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

68/0 (+5,+6) 10
2/0 (+5,+2) 10
9/0 (+4,+1) 10
120/0 H (+1) 10
47/0 H (+3) 10
98/0 (+5,+5) 10
106/0 (+4,+4) 00
190/0 H
26/0 (+6,+6) 10

THERAPIEN

1975 1976 1977 1978

PAT 390 AN-F

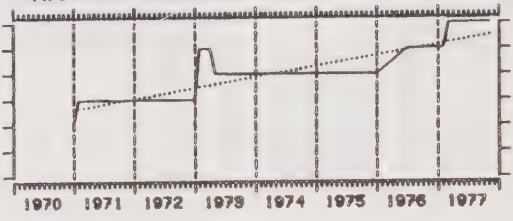

NEGATIVE EREIGNISSE
42/9 M (-9) 00
19/1 M (-4) 10
57/3 M (-2) 10
127/0 H (-2,-2) 10
57/9 M (-2) 19(-9)
27/1 H (-2,-2) 10
147/0 M (-5,-9) 10
42/2 H (-9,-9) 00
55/9 M (-2) 12(-4)
105/9 (-5,-5) 00
71/3 H (-4,-4) 00
SYMPTOM-INTENSITÄT
6
4
2
0
M = 2.57
SD = 0.91
TR = -0.29
ERR= 0.93
SDR= 0.85
1973 1974 1975 1976 1977 1978
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
56/0 (+9,+1) 10
1/0 (+5,+4) 10
45/0 H (+8,+9) 10
49/0 (+9,+9) 00
19/0 H
99/0 M (+4) 10
20/0 H
56/0 H (+1,+1) 10
127/0 H (+8,+9) 10
14/3 H
127/0 M (+4) 10
127/0 (+9,+2) 10
2/0 H (+5,+2) 10
64/0 (+4,+4) 00
136/0 (+4,+4) 10
141/0 (+4,+4) 10
19/0 H
20/0 (+9,+9) 10
128/0 (+5,+5) 10
56/0 M (+4) 10
1973 1974 1975 1976 1977 1978
THERAPIEN
24/2 M
5/2 M
24/2 M
2/1
2/3

PAT 10 ZW-M

NEGATIVE EREIGNISSE

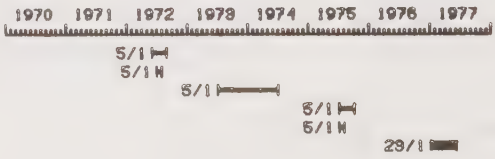
116/0 (-8,-2) 11
123/0 (-5,-5) 10
26/3 (+1,-4) 13(99)
26/3 (-5,-5) 18(-3)
117/0 H (-1) 10
42/3 (-5,-5) 11
147/2 (-5,-2) 13(-3)
118/0 (-3,-3) 10
142/3 (-6,-6) 10
138/3 (-9,-3) 10
65/3 (-6,-6) 09(99)
44/3 (-4,-4) 01

SYMPTOM-INTENSITÄT



POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

THERAPIEN

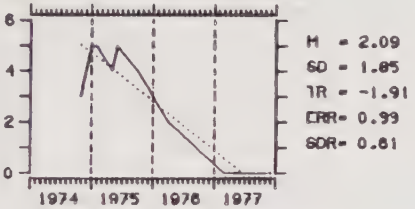


PAT 20 ZW-M

NEGATIVE EREIGNISSE

147/0 h (-2) 10
26/9 M (-9) 11
26/9 M (-4) 19(99)
20/1 M (-2) 11
147/0 (-4,-4) 01
8/1 M (-9) 10
110/9 (-5,-5) 02(99)

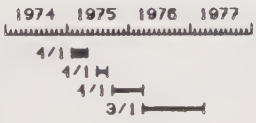
SYMPTOM-INTENSITÄT

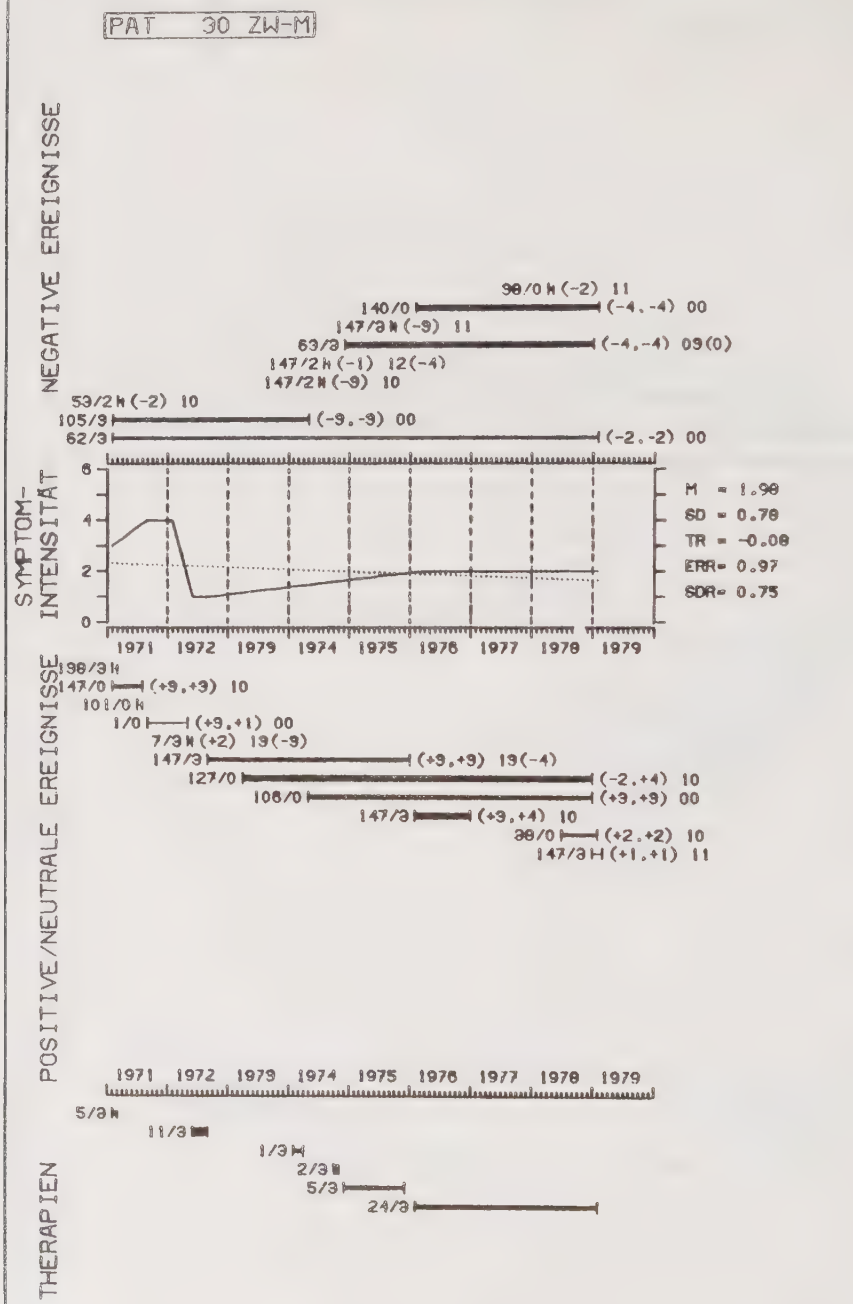


POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

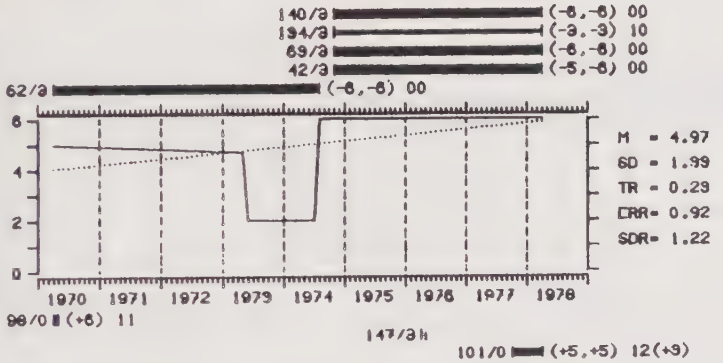
9/0 (+5,+4) 10
9/0 (+4,+2) 10
196/0 (+5,+5) 10
141/0 (+5,+5) 10
109/9 (+9,+9) 09(99)
79/0 (+6,+6) 11
4/0 (+5,+5) 11
52/0 (+4,+4) 10
147/9 (+2,+2) 09(99)
4/0 h (+2) 11
147/0 (+9,+5) 10
2/0 (+8,+9) 10
26/0 (+5,+5) 11

THERAPIEN




PAT 30 ZW-M
NEGATIVE EREIGNISSE
98/0 H(-2) 11
140/0 (-4,-4) 00
147/3 H(-9) 11
63/3 (-4,-4) 09(0)
147/2 H(-1) 12(-4)
147/2 H(-9) 10
53/2 H(-2) 10
105/3 (-9,-9) 00
62/3 (-2,-2) 00
SYMPTOM-INTENSITÄT
6
4
2
0
M = 1.98
SD = 0.78
TR = -0.08
ERR= 0.97
SDR= 0.75
1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978 1979
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
198/3 H
147/0 (+3,+3) 10
101/0 H
1/0 (+3,+1) 00
7/3 H(+2) 13(-9)
147/3 (+3,+3) 13(-4)
127/0 (-2,+4) 10
108/0 (+3,+3) 00
147/3 (+3,+4) 10
38/0 (+2,+2) 10
147/3 H(+1,+1) 11
1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978 1979
THERAPIEN
5/3 H
11/3
1/3 H
2/3 H
5/3
24/3

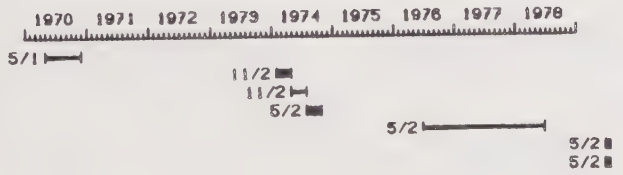
PAT 40 ZW-M



NEGATIVE EREIGNISSE

SYMPTOM-INTENSITÄT

POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE



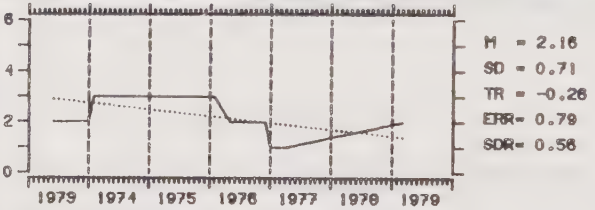
THERAPIEN

PAT 50 ZW-M

NEGATIVE EREIGNISSE

57/2 (-9,-9) 10
26/3 (-9,-9) 10
42/3 (-5,-5) 00
61/2 (-5,-5) 00

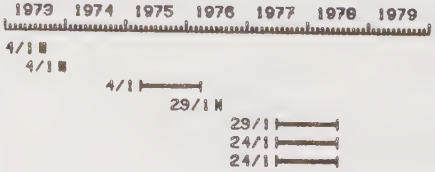
SYMPTOM-INTENSITÄT



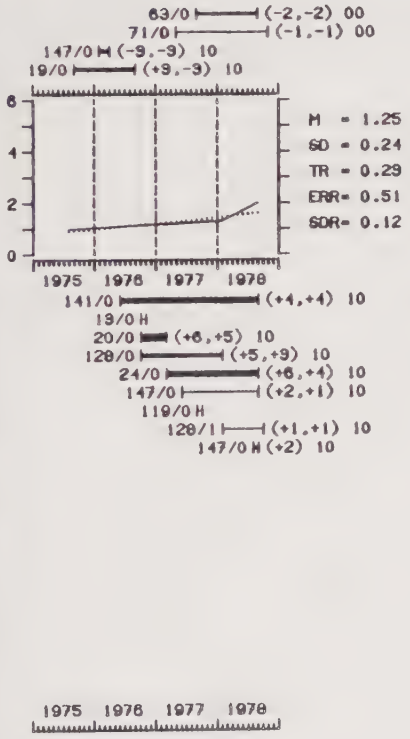
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

98/0 (+4,+9) 10
125/0 (+4,+9) 10
19/0 (+4,+3) 10
128/0 (+4,+2) 10
26/1 (+2,+2) 10
26/1 N (+3) 10
56/0 (+2,+2) 10
127/0 (+4,+9) 10

THERAPIEN



PAT 60 ZW-M


NEGATIVE EREIGNISSE
63/0 (-2,-2) 00
71/0 (-1,-1) 00
147/0 H (-9,-9) 10
19/0 (+9,-9) 10
SYMPTOM-INTENSITÄT
6
4
2
0
M = 1.25
SD = 0.24
TR = 0.29
ERR= 0.51
SDR= 0.12
1975 1976 1977 1978
141/0 (+4,+4) 10
19/0 H
20/0 (+6,+5) 10
128/0 (+5,+9) 10
24/0 (+6,+4) 10
147/0 (+2,+1) 10
119/0 H
128/1 (+1,+1) 10
147/0 H (+2) 10
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
1975 1976 1977 1978
THERAPIEN

PAT 70 ZW-F

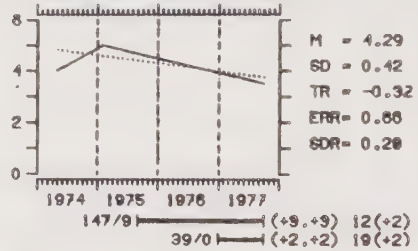
THERAPIEN

POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

NEGATIVE EREIGNISSE

63/3 (-4,-2) 09(-4)
140/3 (-2,-2) 10
79/9 (-5,-5) 09(-5)
39/1 (-4,-9) 12(-9)
134/3 (-4,-4) 11

SYMPTOM-INTENSITÄT



147/9 (+9,+9) 12(+2)
39/0 (+2,+2) 19(+2)

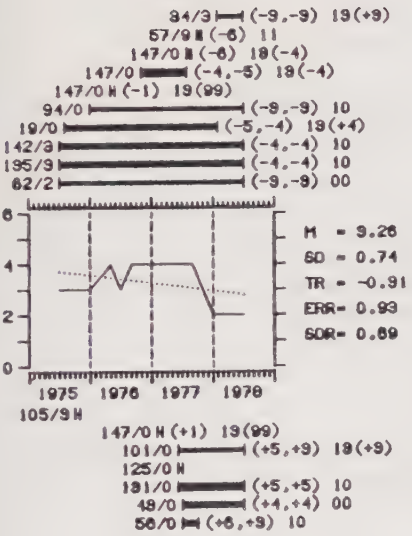
PAT 80 ZW-F

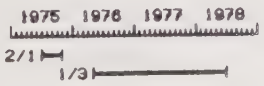
NEGATIVE EREIGNISSE

SYMPTOM-INTENSITÄT

POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

THERAPIEN



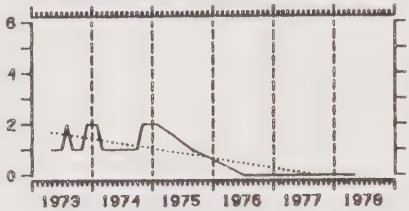


PAT 90 ZW-M

NEGATIVE EREIGNISSE

14/9 M (-4) 10
57/1 M (-6,-4) 10
147/1 M (-2,-2) 10
117/0 M (-2) 10
108/0 M (-1) 00
138/9 M (-5,-5) 10
18/9 M (-4,-4) 10
5/1 M (-4,-2) 10
117/0 M (-2) 10
53/0 M (-4,-2) 10
147/0 M (-5) 10
105/2 M (-3,-3) 01

SYMPTOM-INTENSITÄT



POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

54/0 M (+5,+3) 10
52/1 M (+4,+4) 10
55/1 M
136/0 M (+5,+5) 10
141/0 M (+5,+5) 10
147/9 M (+5,+6) 11
2/0 M (+6,+3) 10
58/0 M (+3,+5) 10
12/0 M (+5,+5) 10
20/0 M (+6,+5) 10
22/0 M (+6) 10
58/1 M (+5,+5) 10

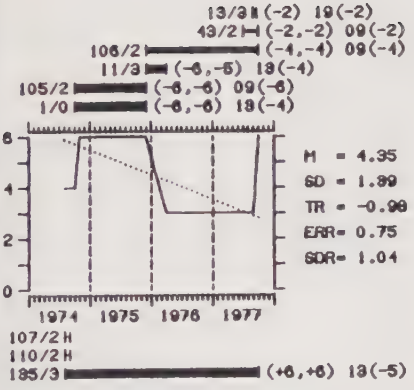
THERAPIEN

1973 1974 1975 1976 1977 1978
4/1 M
4/1 M
25/1 M
23/1 M
5/2 M

PAT 100 ZW-F

NEGATIVE EREIGNISSE

SYMPTOM-INTENSITÄT



POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

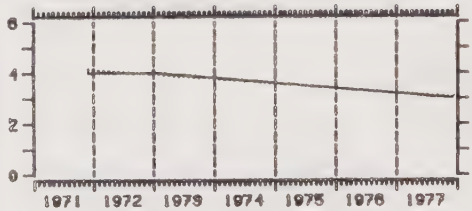
THERAPIEN

PAT 110 ZW-M

NEGATIVE EREIGNISSE

49/2 I (-2) 09(-2)
59/0 N (-3) 11
27/0 (+5,-4) 19(99)
79/2 (-4,-4) 09(-5)
27/0 (+4,-4) 19(99)
44/2 (-5,-5) 09(99)
147/3 (-6,-6) 10
65/9 (-5,-5) 01

SYMPTOM-INTENSITÄT

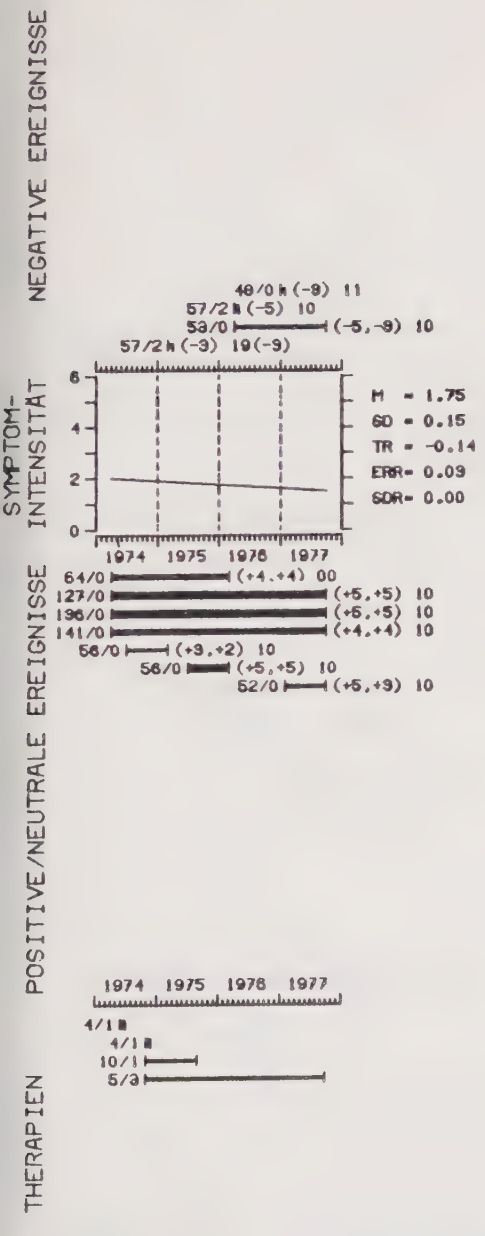


POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

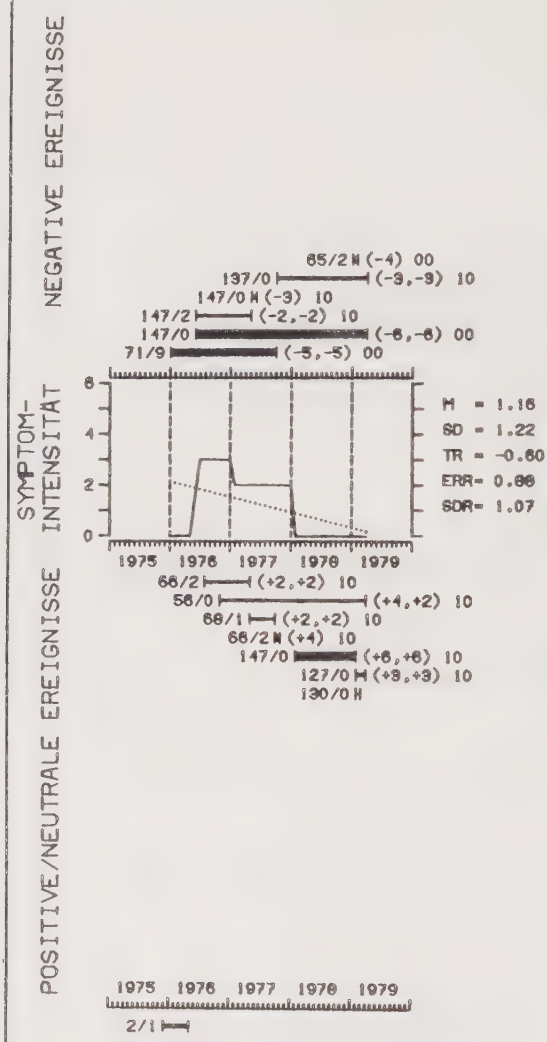
12/0 (+4,+2) 10
22/0 N (+6) 10
128/0 N (+6) 10
26/0 (+5,+4) 10
52/0 (+9,+5) 10

THERAPIEN

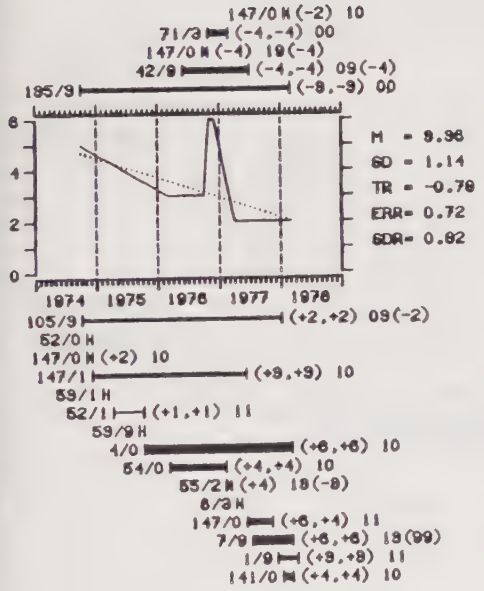
PAT 120 ZW-F

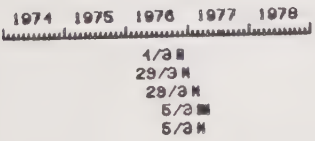

NEGATIVE EREIGNISSE
SYMPTOM-INTENSITÄT
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
THERAPIEN
40/0 k (-9) 11
57/2 k (-5) 10
53/0 (-5,-9) 10
57/2 k (-3) 19(-9)
6
4
2
0
M = 1.75
SD = 0.15
TR = -0.14
ERR= 0.09
SDR= 0.00
1974 1975 1976 1977
64/0 (+4,+4) 00
127/0 (+5,+5) 10
196/0 (+6,+5) 10
141/0 (+4,+4) 10
58/0 (+3,+2) 10
58/0 (+5,+5) 10
52/0 (+5,+3) 10
1974 1975 1976 1977
4/1 k
4/1 k
10/1
5/3

PAT 131 ZW-M

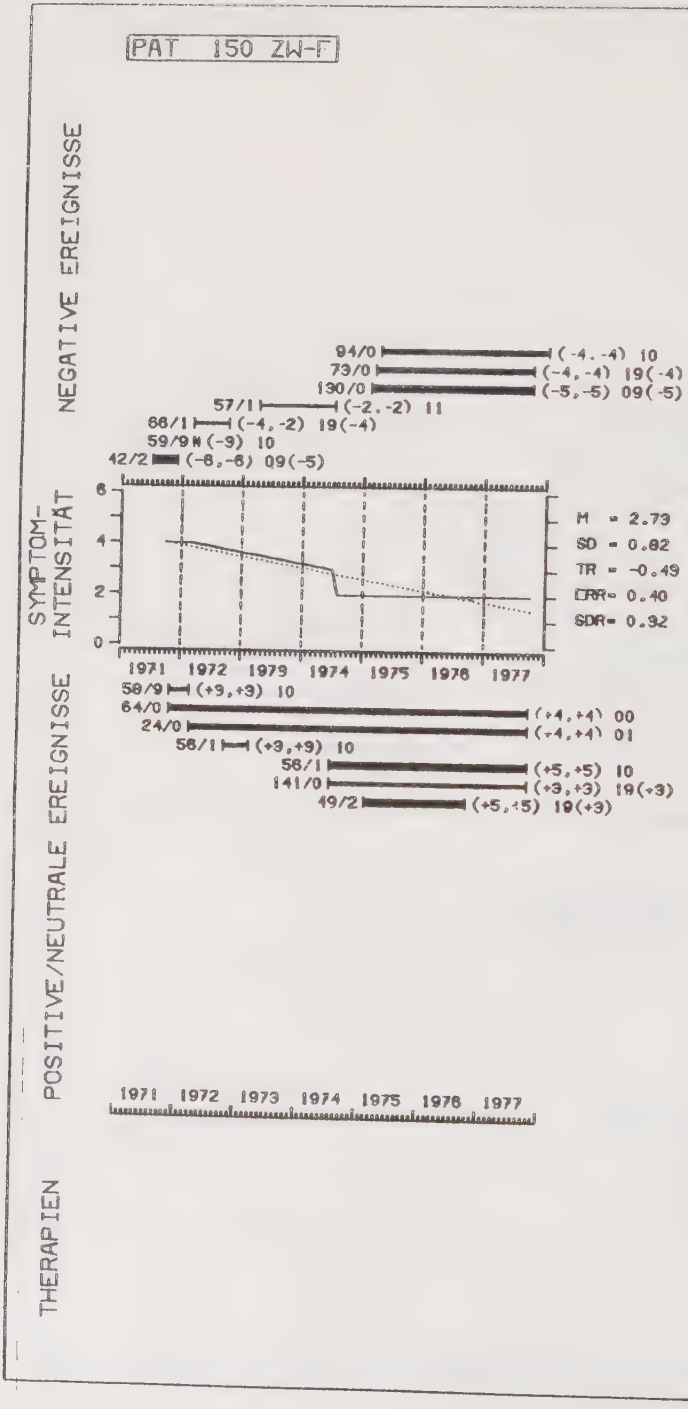

NEGATIVE EREIGNISSE
65/2 M (-4) 00
137/0 (-3,-3) 10
147/0 M (-3) 10
147/2 (-2,-2) 10
147/0 (-6,-6) 00
71/9 (-5,-5) 00
SYMPTOM-INTENSITÄT
6
4
2
0
M = 1.16
SD = 1.22
TR = -0.60
ERR= 0.86
SDR= 1.07
1975 1976 1977 1978 1979
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
66/2 (+2,+2) 10
56/0 (+4,+2) 10
66/1 (+2,+2) 10
66/2 M (+4) 10
147/0 (+6,+6) 10
127/0 M (+8,+3) 10
130/0 M
THERAPIEN
1975 1976 1977 1978 1979
2/1

PAT 140 ZW-M

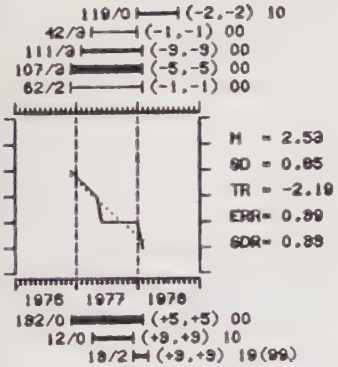




THERAPIEN POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE INTENSITÄT NEGATIVE EREIGNISSE

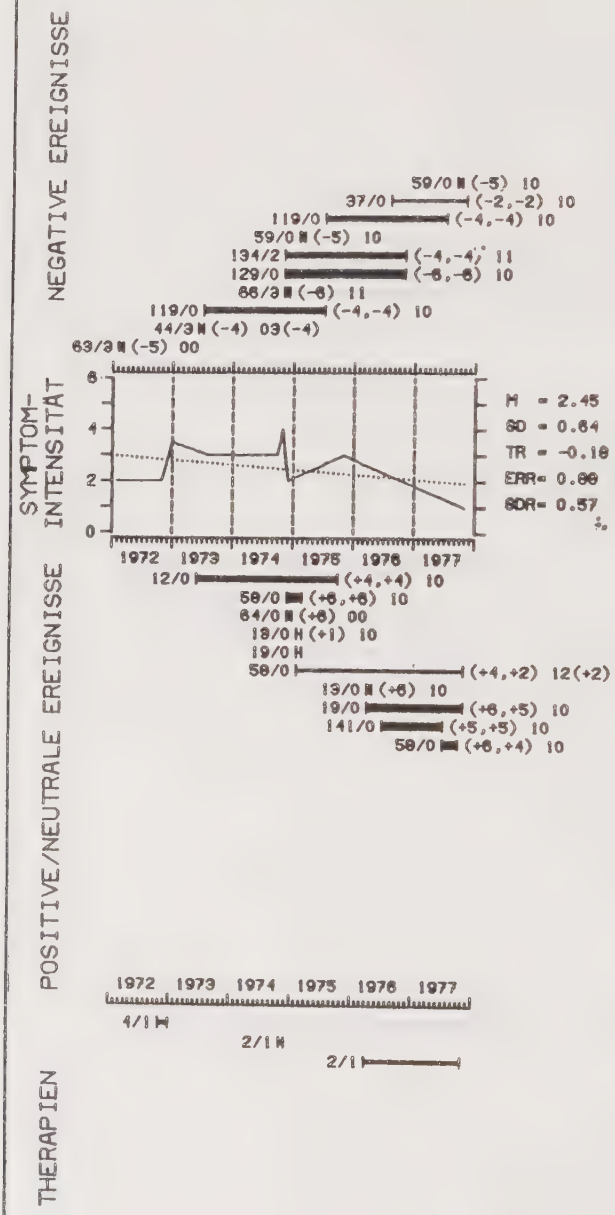

PAT 150 ZW-F
NEGATIVE EREIGNISSE
94/0 (-4,-4) 10
73/0 (-4,-4) 19(-4)
130/0 (-5,-5) 09(-5)
57/1 (-2,-2) 11
66/1 (-4,-2) 19(-4)
59/9 (-9) 10
42/2 (-6,-6) 09(-5)
SYMPTOM-INTENSITÄT
6
4
2
0
M = 2.73
SD = 0.82
TR = -0.49
CRR= 0.40
SDR= 0.92
1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
58/9 (+3,+3) 10
64/0 (+4,+4) 00
24/0 (+4,+4) 01
56/1 (+3,+9) 10
56/1 (+5,+5) 10
141/0 (+3,+3) 19(+3)
49/2 (+5,+5) 19(+3)
THERAPIEN
1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977

PAT 160 ZW-M



THERAPIEN POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE INTENSITÄT NEGATIVE EREIGNISSE

PAT 170 ZW-F

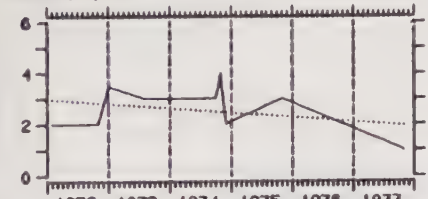

NEGATIVE EREIGNISSE
59/0 M (-5) 10
37/0 (-2,-2) 10
119/0 (-4,-4) 10
59/0 M (-5) 10
134/2 (-4,-4) 11
129/0 (-6,-6) 10
66/3 M (-6) 11
119/0 (-4,-4) 10
44/3 M (-4) 03(-4)
63/3 M (-5) 00
SYMPTOM-INTENSITÄT
6
4
2
0
M = 2.45
SD = 0.64
TR = -0.18
ERR= 0.00
SDR= 0.57
%
1972 1973 1974 1975 1976 1977
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
12/0 (+4,+4) 10
58/0 M (+6,+6) 10
64/0 M (+6) 00
19/0 H (+1) 10
19/0 H
58/0 (+4,+2) 12(+2)
19/0 M (+6) 10
19/0 (+6,+5) 10
141/0 (+5,+5) 10
58/0 M (+6,+4) 10
THERAPIEN
1972 1973 1974 1975 1976 1977
4/1 M
2/1 M
2/1

PAT 170 ZW-F

NEGATIVE EREIGNISSE

59/0 M (-5) 10
37/0 (-2,-2) 10
119/0 (-4,-4) 10
59/0 M (-5) 10
134/2 (-4,-4) 11
129/0 (-6,-6) 10
66/3 M (-6) 11
119/0 (-4,-4) 10
44/3 M (-4) 09(-4)
69/3 M (-5) 00

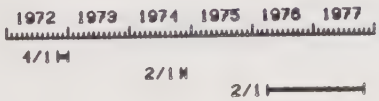
SYMPTOM-INTENSITÄT



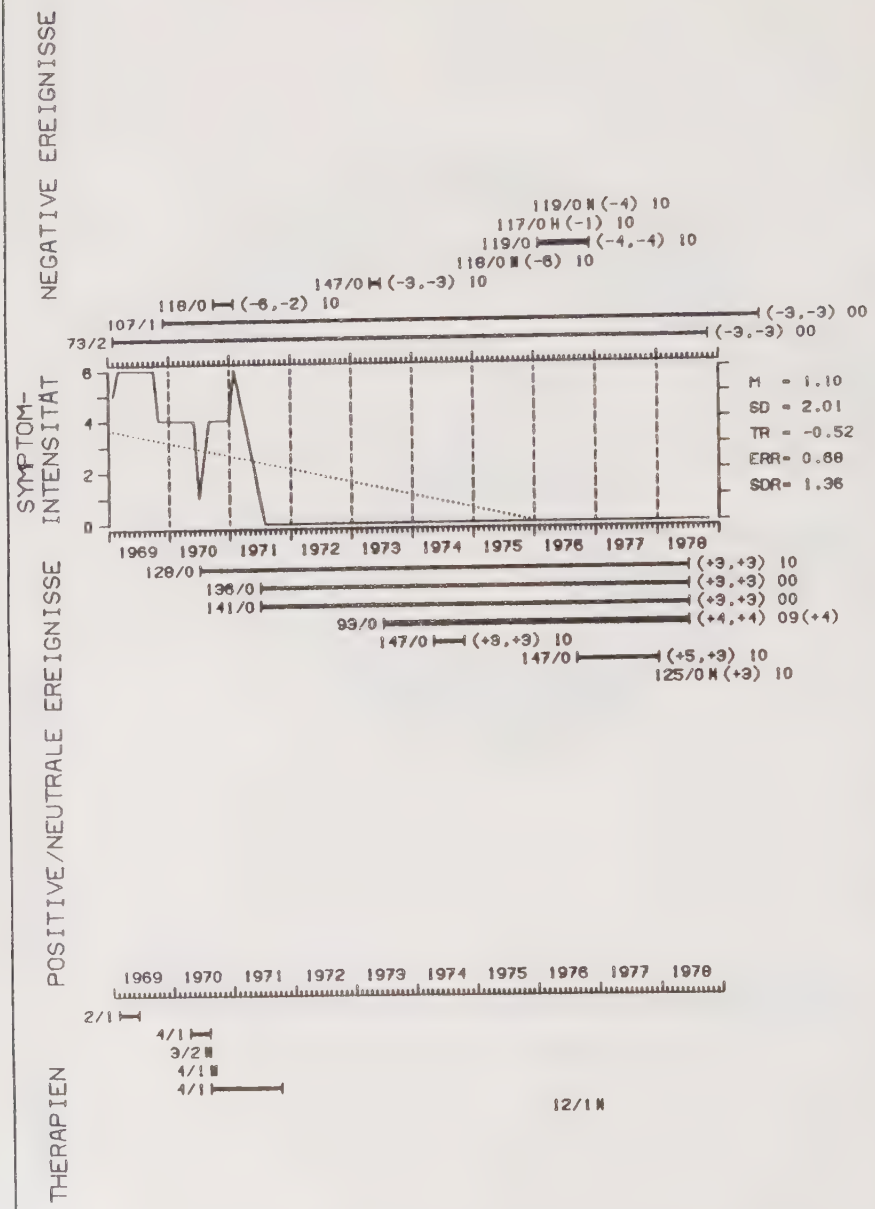
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

12/0 (+4,+4) 10
58/0 M (+6,+6) 10
64/0 M (+6) 00
18/0 M (+1) 10
19/0 M
58/0 (+4,+2) 12(+2)
18/0 M (+6) 10
19/0 (+6,+5) 10
141/0 (+5,+5) 10
58/0 M (+6,+4) 10

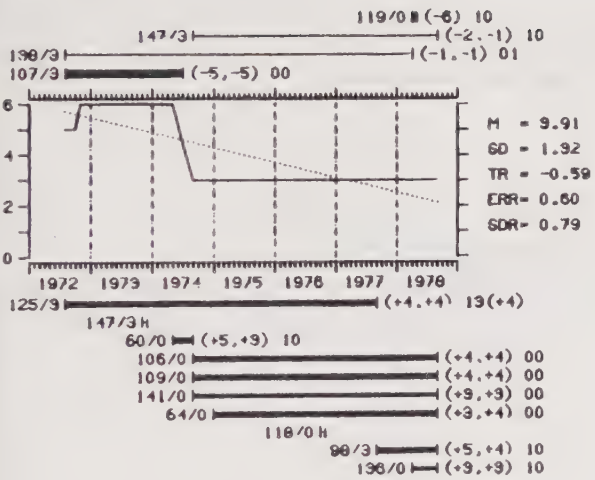
THERAPIEN



PAT 190 ZW-F


NEGATIVE EREIGNISSE
119/0 M (-4) 10
117/0 H (-1) 10
119/0 (-4,-4) 10
118/0 M (-6) 10
147/0 H (-3,-3) 10
118/0 (-6,-2) 10
(-3,-3) 00
107/1
(-3,-3) 00
73/2
SYMPTOM-INTENSITÄT
6
4
2
0
M = 1.10
SD = 2.01
TR = -0.52
ERR= 0.88
SDR= 1.36
1969 1970 1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978
120/0 (+3,+3) 10
136/0 (+3,+3) 00
141/0 (+3,+3) 00
93/0 (+4,+4) 09(+4)
147/0 (+3,+3) 10
147/0 (+5,+3) 10
125/0 M (+3) 10
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
1969 1970 1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978
THERAPIEN
2/1
4/1
3/2 M
4/1 M
4/1
12/1 M

PAT 200 ZW-F



NEGATIVE EREIGNISSE

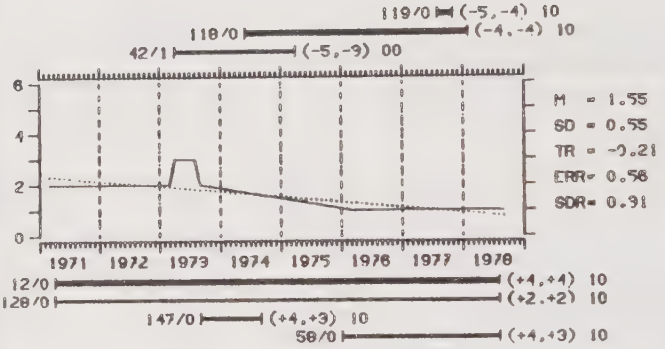
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

THERAPIEN

PAT 210 ZW-F

NEGATIVE EREIGNISSE

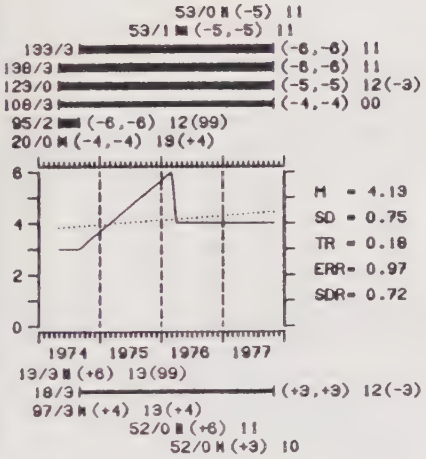
SYMPTOM-INTENSITÄT



POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

THERAPIEN

PAT 220 ZW-M

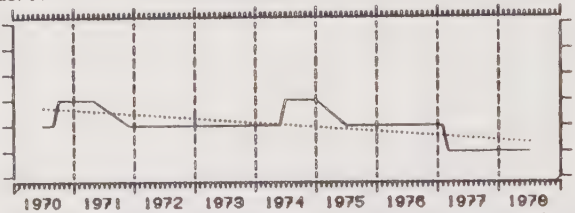

NEGATIVE EREIGNISSE
53/0 M (-5) 11
53/1 M (-5,-5) 11
133/3 (-6,-6) 11
130/3 (-6,-6) 11
123/0 (-5,-5) 12(-3)
108/3 (-4,-4) 00
95/2 (-6,-6) 12(99)
20/0 M (-4,-4) 19(+4)
SYMPTOM-INTENSITÄT
6
4
2
0
M = 4.19
SD = 0.75
TR = 0.18
ERR= 0.97
SDR= 0.72
1974 1975 1976 1977
13/3 M (+6) 13(99)
18/3 (+3,+3) 12(-3)
97/3 M (+4) 13(+4)
52/0 M (+6) 11
52/0 M (+3) 10
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
THERAPIEN
1974 1975 1976 1977
23/1 M
25/2 M
11/1 M

PAT 230 ZW-F

NEGATIVE EREIGNISSE

71/0 M (-3) 00
117/0 M (-5) 10
129/0 (-3,-3) 10
146/0 (-5,-5) 10
123/1 (-2,-2) 10

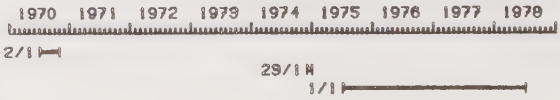
SYMPTOM-INTENSITÄT



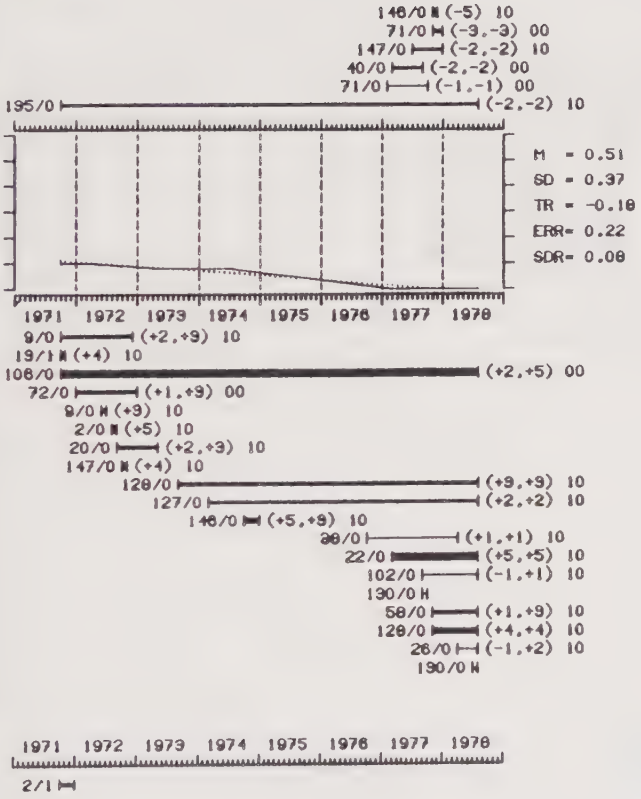
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

147/0 (+5,+9) 10
128/0 (+9,+9) 10
64/0 (+9,+3) 00
52/0 (+6,+5) 10
24/0 (+4,+9) 10
147/0 (+6,+6) 10
196/0 (+8,+9) 10
141/0 (+9,+9) 10
147/0 (+1,+1) 10
147/0 M (+2,+2) 10

THERAPIEN



PAT 240 ZW-M

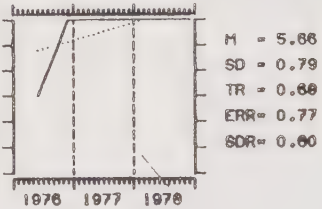

NEGATIVE EREIGNISSE
SYMPTOM-INTENSITÄT
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
THERAPIEN
146/0 M (-5) 10
71/0 M (-3,-3) 00
147/0 (-2,-2) 10
40/0 (-2,-2) 00
71/0 (-1,-1) 00
195/0 (-2,-2) 10
M = 0.51
SD = 0.37
TR = -0.18
ERR= 0.22
SDR= 0.08
1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978
9/0 (+2,+9) 10
19/1 M (+4) 10
106/0 (+2,+5) 00
72/0 (+1,+9) 00
9/0 M (+9) 10
2/0 M (+5) 10
20/0 (+2,+3) 10
147/0 M (+4) 10
128/0 (+9,+9) 10
127/0 (+2,+2) 10
146/0 (+5,+9) 10
38/0 (+1,+1) 10
22/0 (+5,+5) 10
102/0 (-1,+1) 10
130/0 M
58/0 (+1,+9) 10
128/0 (+4,+4) 10
26/0 (-1,+2) 10
190/0 M
1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978
2/1

PAT 250 ZW-F

NEGATIVE EREIGNISSE

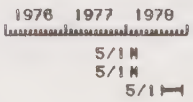
130/3 (-4,-4) 00
73/3 (-6,-6) 00
65/9 (-1,-1) 00

SYMPTOM-INTENSITÄT



112/3 (+2,+2) 00
142/3 M

POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE



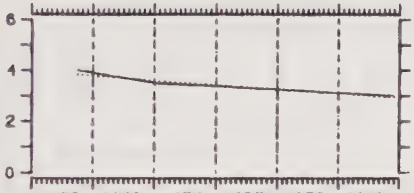
THERAPIEN

PAT 260 ZW-M

NEGATIVE EREIGNISSE

147/0 h (-1) 11
116/0 (-4,-2) 10
53/0 (-1,-1) 10
190/0 (-3,-9) 10
72/2 (-2,-2) 01
119/0 H (-4) 10
110/9 (-4,-4) 09(-9)
73/2 (-9,-9) 01

SYMPTOM-INTENSITÄT



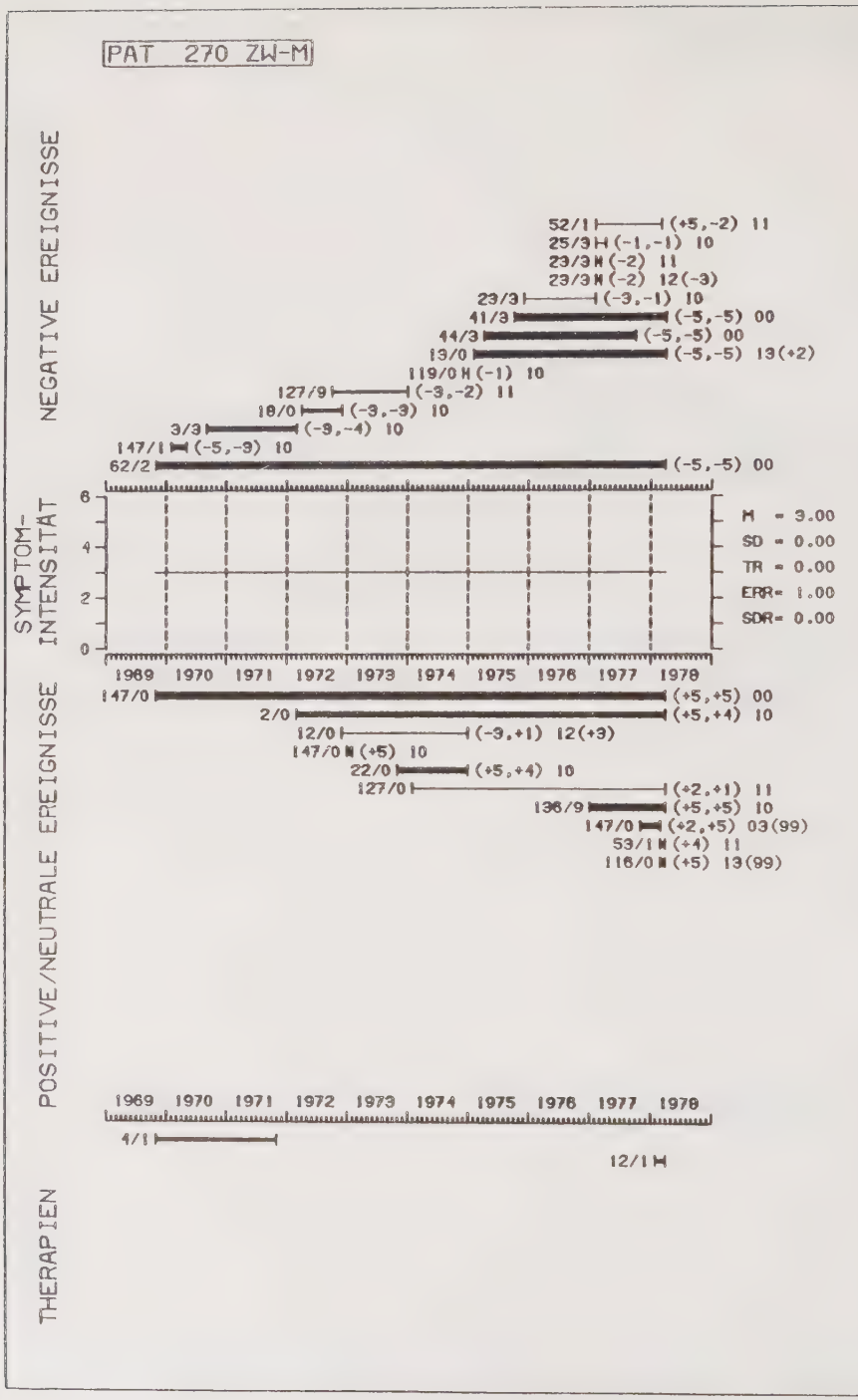
M = 3.97
SD = 0.26
TR = -0.17
ERR= 0.25
SDR= 0.07

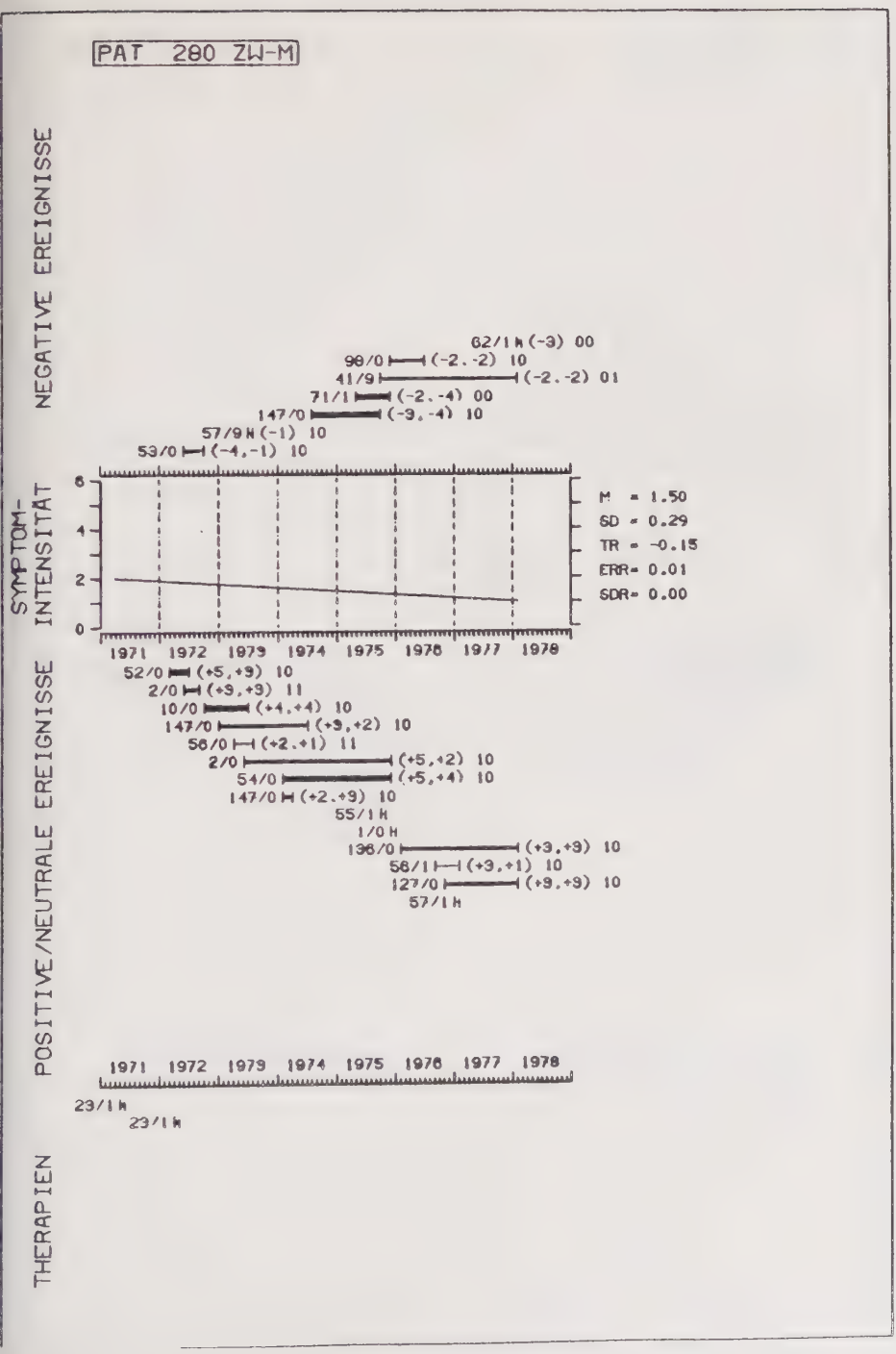
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

147/1 (+5,+5) 10
27/0 h (+9) 10
117/0 H
52/0 (+4,+4) 10

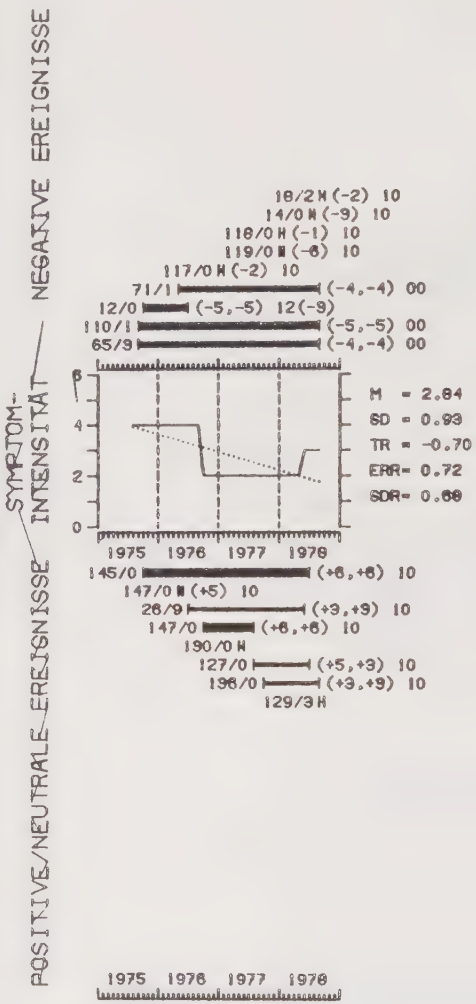
THERAPIEN

19/1 H


PAT 270 ZW-M
NEGATIVE EREIGNISSE
52/1 (+5,-2) 11
25/3 H (-1,-1) 10
23/3 M (-2) 11
23/3 M (-2) 12(-3)
23/3 (-3,-1) 10
41/3 (-5,-5) 00
44/3 (-5,-5) 00
13/0 (-5,-5) 13(+2)
119/0 H (-1) 10
127/9 (-3,-2) 11
18/0 (-3,-3) 10
3/3 (-3,-4) 10
147/1 (-5,-3) 10
62/2 (-5,-5) 00
SYMPTOM-INTENSITÄT
6
4
2
0
M = 3.00
SD = 0.00
TR = 0.00
ERR= 1.00
SDR= 0.00
1969 1970 1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
147/0 (+5,+5) 00
2/0 (+5,+4) 10
12/0 (-3,+1) 12(+3)
147/0 M (+5) 10
22/0 (+5,+4) 10
127/0 (+2,+1) 11
136/9 (+5,+5) 10
147/0 (+2,+5) 03(99)
53/1 M (+4) 11
116/0 M (+5) 13(99)
THERAPIEN
1969 1970 1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978
4/1
12/1 M


PAT 280 ZW-M
NEGATIVE EREIGNISSE
62/1 H (-3) 00
98/0 (-2,-2) 10
41/9 (-2,-2) 01
71/1 (-2,-4) 00
147/0 (-3,-4) 10
57/9 H (-1) 10
53/0 (-4,-1) 10
SYMPTOM-INTENSITÄT
6
4
2
0
M = 1.50
SD = 0.29
TR = -0.15
ERR= 0.01
SDR= 0.00
1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
52/0 (+5,+9) 10
2/0 (+9,+9) 11
10/0 (+4,+4) 10
147/0 (+9,+2) 10
56/0 (+2,+1) 11
2/0 (+5,+2) 10
54/0 (+5,+4) 10
147/0 (+2,+9) 10
55/1 H
1/0 H
136/0 (+3,+9) 10
56/1 H (+3,+1) 10
127/0 (+9,+9) 10
57/1 H
THERAPIEN
1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978
23/1 H
23/1 H

PAT 290 ZW-M


NEGATIVE EREIGNISSE
SYMPTOM-INTENSITÄT
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
THERAPIEN
18/2 M (-2) 10
14/0 M (-9) 10
118/0 M (-1) 10
119/0 M (-6) 10
117/0 M (-2) 10
71/1 (-4,-4) 00
12/0 (-5,-5) 12(-9)
110/1 (-5,-5) 00
65/9 (-4,-4) 00
6
4
2
0
M = 2.84
SD = 0.93
TR = -0.70
ERR= 0.72
SDR= 0.68
1975 1976 1977 1978
145/0 (+6,+6) 10
147/0 M (+5) 10
26/9 (+3,+9) 10
147/0 (+6,+6) 10
190/0 M
127/0 (+5,+3) 10
196/0 (+3,+9) 10
129/3 M
1975 1976 1977 1978

PAT 300 ZW-F

NEGATIVE EREIGNISSE

42/1 (-6,-9) 00
147/1 (-6) 11
105/0 (-3,-2) 00
147/1 (-4) 11

SYMPTOM-INTENSITÄT

6
4
2
0

M = 1.00
SD = 0.00
TR = 0.00
ERR= 1.00
SDR= 0.00

1973 1974 1975 1976 1977

106/0 (+6,+6) 01
109/0 (+5,+4) 09(+3)
147/9 (+4,+4) 19(+4)
52/0 (+6,+5) 12(+5)
147/0 (+6) 19(99)
141/0 (+3,+3) 10
136/0 (+4,+4) 10
147/0 (+6) 19(99)
26/1 H
43/0 (+5) 01

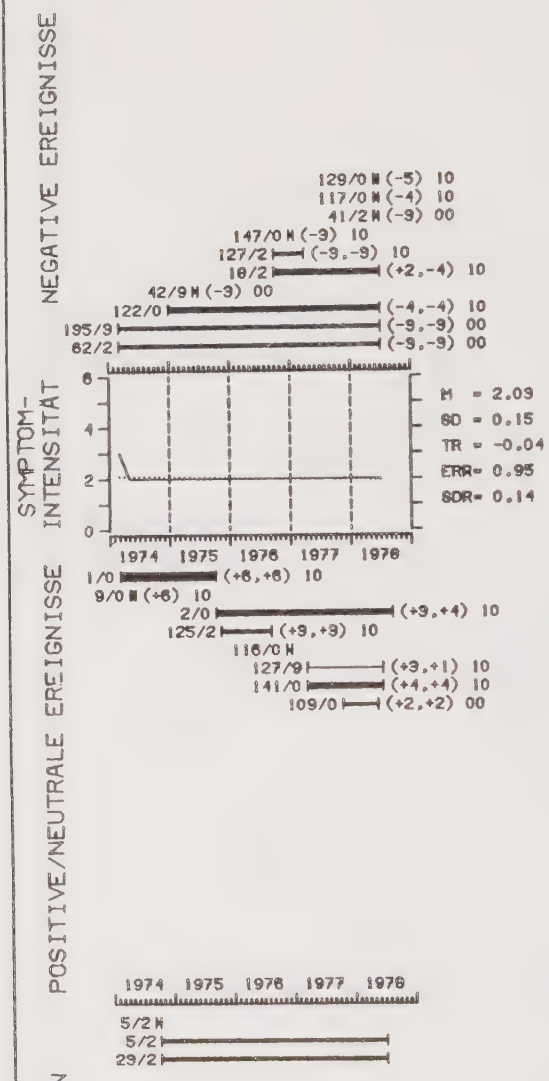
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

1973 1974 1975 1976 1977

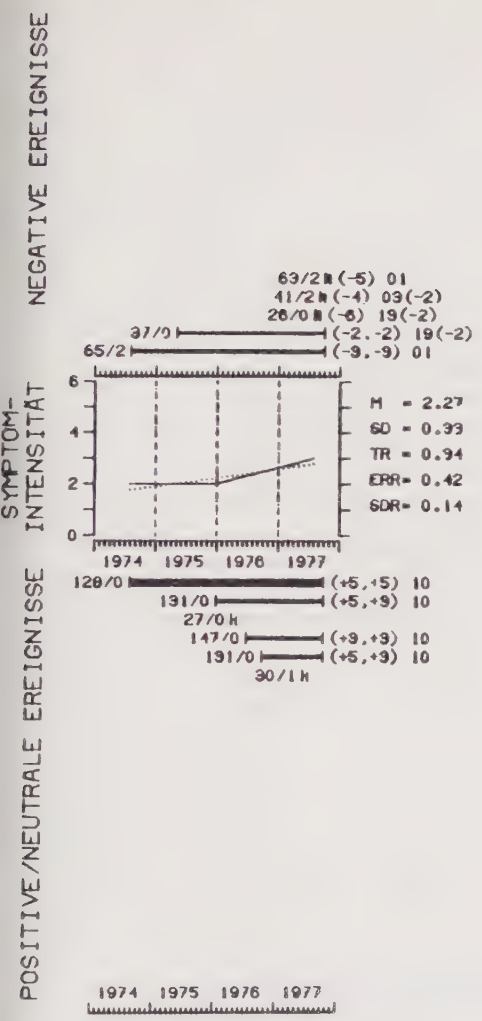
THERAPIEN

4/1
4/1

PAT 310 ZW-M


NEGATIVE EREIGNISSE
129/0 M (-5) 10
117/0 M (-4) 10
41/2 M (-9) 00
147/0 M (-3) 10
127/2 (-3,-3) 10
10/2 (+2,-4) 10
42/9 M (-3) 00
122/0 (-4,-4) 10
195/9 (-9,-9) 00
62/2 (-9,-9) 00
SYMPTOM-INTENSITÄT
6
4
2
0
M = 2.09
SD = 0.15
TR = -0.04
ERR= 0.95
SDR= 0.14
1974 1975 1976 1977 1978
1/0 (+6,+6) 10
9/0 M (+6) 10
2/0 (+3,+4) 10
125/2 (+3,+3) 10
116/0 M
127/9 (+3,+1) 10
141/0 (+4,+4) 10
109/0 (+2,+2) 00
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
THERAPIEN
1974 1975 1976 1977 1978
5/2 M
5/2
29/2

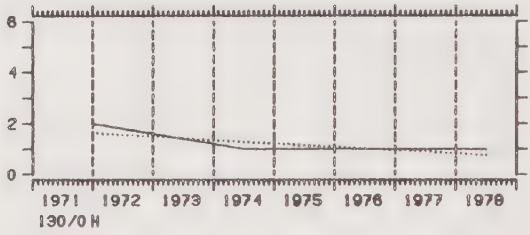
PAT 320 ZW-M


NEGATIVE EREIGNISSE
63/2 h (-5) 01
41/2 h (-4) 03(-2)
26/0 h (-6) 19(-2)
37/0 (-2,-2) 19(-2)
65/2 (-9,-9) 01
SYMPTOM-INTENSITÄT
6
4
2
0
M = 2.27
SD = 0.33
TR = 0.94
ERR= 0.42
SDR= 0.14
1974 1975 1976 1977
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
120/0 (+5,+5) 10
131/0 (+5,+9) 10
27/0 h
147/0 (+9,+9) 10
191/0 (+5,+9) 10
30/1 h
1974 1975 1976 1977
THERAPIEN

PAT 330 ZW-F

NEGATIVE EREIGNISSE

SYMPTOM-INTENSITÄT



M = 1.20
SD = 0.91
TR = -0.13
ERR= 0.57
SDR= 0.18

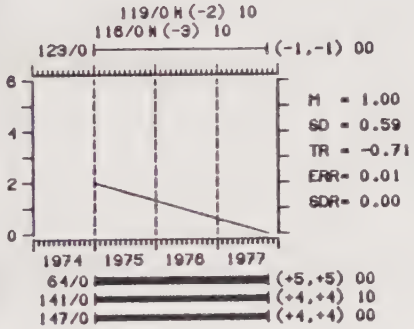
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

THERAPIEN

PAT 340 ZW-F

NEGATIVE EREIGNISSE

SYMPTOM-INTENSITÄT



POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

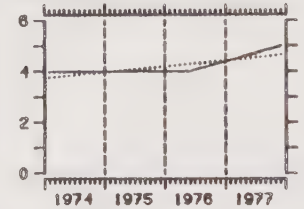
THERAPIEN

PAT 350 ZW-F

NEGATIVE EREIGNISSE

42/2 (-6,-6) 02(-3)
147/2 (-6,-6) 02(-3)
127/9 (-5,-5) 19(99)
20/2 (-6) 12(99)
66/9 (-6,-6) 11
127/2 (-6,-5) 11
71/9 (-6,-5) 09(99)
63/9 (-5,-5) 09(99)
17/2 (-4) 11
14/3 (-6) 11
147/0 (-6,-6) 12(-3)
98/0 (-3) 19(-3)
20/0 (-6,-6) 19(-4)

SYMPTOM-INTENSITÄT



M = 4.20
SD = 0.91
TR = 0.29
ERR= 0.56
SDR= 0.18

POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

20/0 (+1,+1) 19(+1)
20/0
127/2 (+5,+5) 11
54/0 (+5,+5) 10
147/2 (+5,+5) 12(-4)
68/9

THERAPIEN

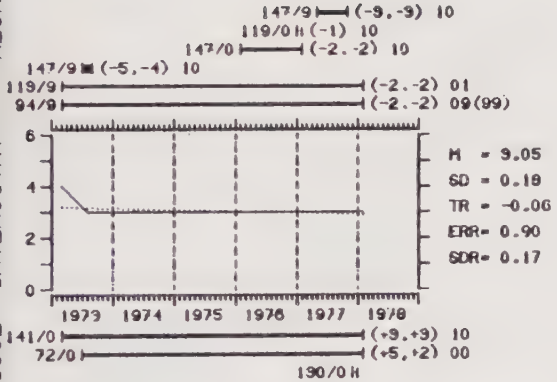
1974 1975 1976 1977

4/1
4/1
4/1

5/3

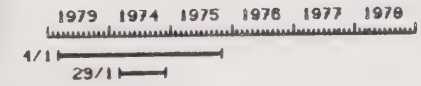
PAT 360 ZW-F

NEGATIVE EREIGNISSE



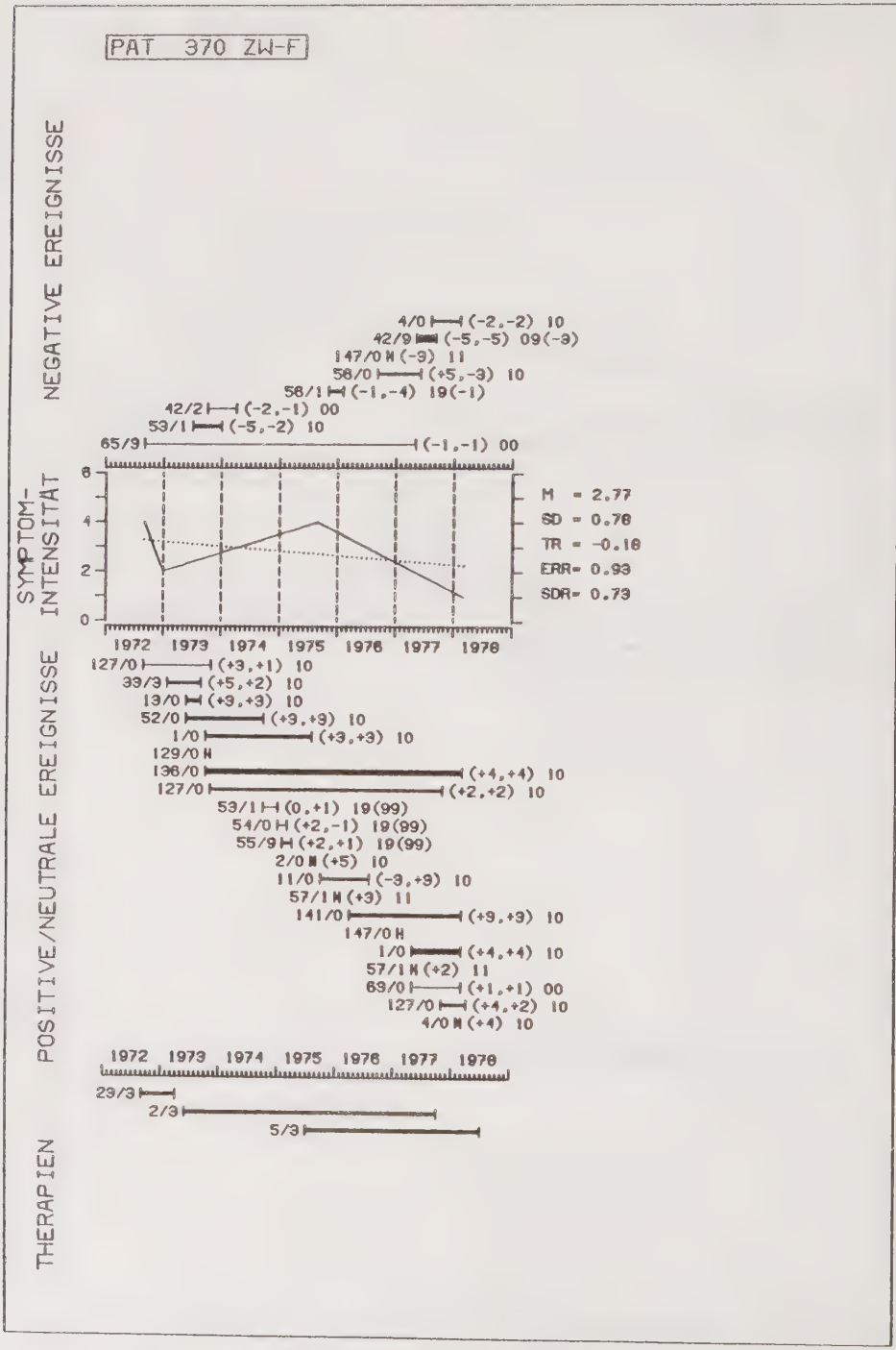
SYMPTOM-
INTENSITÄT

POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE



THERAPIEN

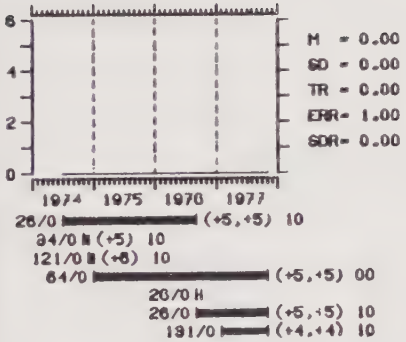
PAT 370 ZW-F


NEGATIVE EREIGNISSE
4/0 (-2,-2) 10
42/9 (-5,-5) 09(-3)
147/0 M (-3) 11
58/0 (+5,-3) 10
58/1 (-1,-4) 19(-1)
42/2 (-2,-1) 00
53/1 (-5,-2) 10
65/9 (-1,-1) 00
SYMPTOM-INTENSITÄT
8
4
2
0
M = 2.77
SD = 0.76
TR = -0.18
ERR= 0.93
SDR= 0.73
1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
127/0 (+3,+1) 10
33/3 (+5,+2) 10
13/0 (+3,+3) 10
52/0 (+3,+9) 10
1/0 (+3,+3) 10
129/0 M
136/0 (+4,+4) 10
127/0 (+2,+2) 10
53/1 (0,+1) 19(99)
54/0 M (+2,-1) 19(99)
55/9 M (+2,+1) 19(99)
2/0 M (+5) 10
11/0 (-3,+9) 10
57/1 M (+3) 11
141/0 (+9,+3) 10
147/0 M
1/0 (+4,+4) 10
57/1 M (+2) 11
69/0 (+1,+1) 00
127/0 (+4,+2) 10
4/0 M (+4) 10
THERAPIEN
1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978
23/3
2/3
5/3

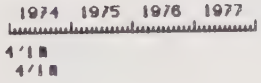
PAT 380 ZW-M

NEGATIVE EREIGNISSE

SYMPTOM-INTENSITÄT

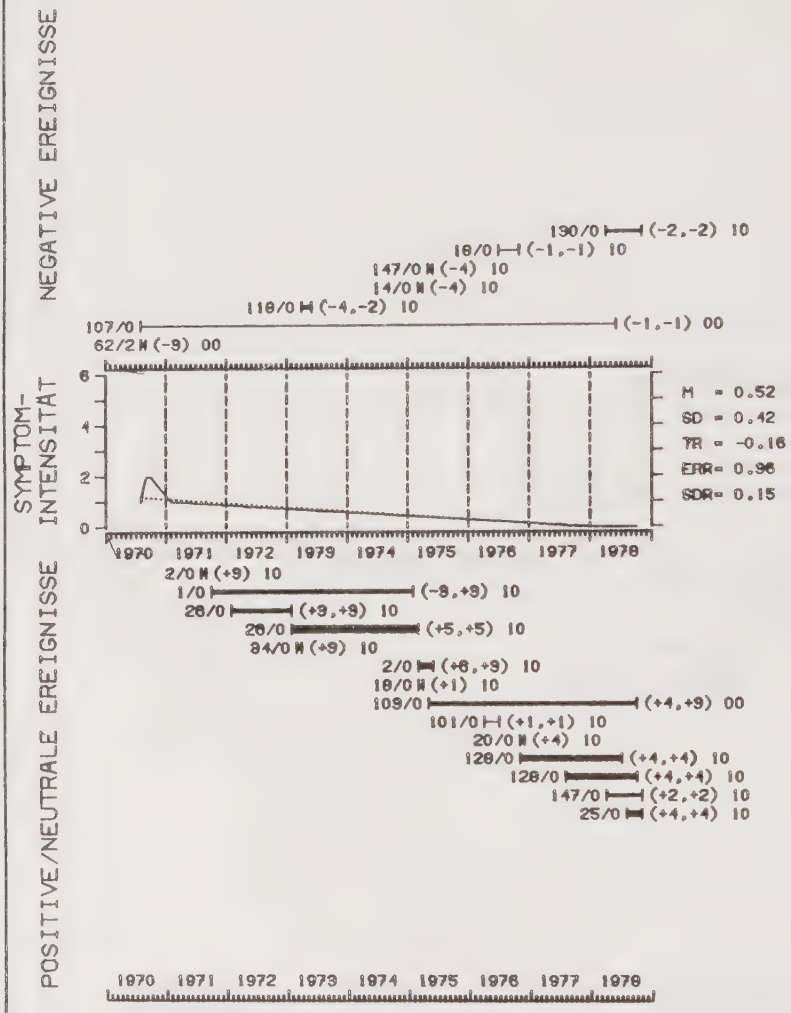


POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE



THERAPIEN

PAT 390 ZW-M

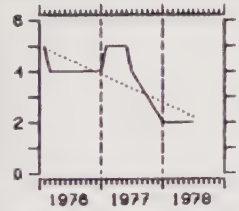

NEGATIVE EREIGNISSE
190/0 (-2,-2) 10
18/0 (-1,-1) 10
147/0 M (-4) 10
14/0 M (-4) 10
118/0 (-4,-2) 10
107/0 (-1,-1) 00
62/2 M (-9) 00
SYMPTOM-INTENSITÄT
6
4
2
0
M = 0.52
SD = 0.42
TR = -0.16
ERR= 0.96
SDR= 0.15
1970 1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
2/0 M (+9) 10
1/0 (-9,+9) 10
28/0 (+9,+9) 10
28/0 (+5,+5) 10
84/0 M (+9) 10
2/0 (+6,+9) 10
18/0 M (+1) 10
109/0 (+4,+9) 00
101/0 (+1,+1) 10
20/0 M (+4) 10
128/0 (+4,+4) 10
128/0 (+4,+4) 10
147/0 (+2,+2) 10
25/0 (+4,+4) 10
1970 1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978
THERAPIEN

PAT 400 ZW-F

NEGATIVE EREIGNISSE

147/0 (0,-9) 10
142/9 (-1,-1) 10
65/0 (-4,-4) 00
18/2 (-9,-9) 10

SYMPTOM-INTENSITÄT

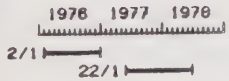


117/0 H
49/0 H

POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

20/0 (+1,+2) 10
109/0 (+3,+9) 00
118/0 (+3,+9) 10
26/0 (+1,+4) 10
147/0 H (+5) 10
39/0 (+2,+2) 10
117/0 H (+3) 10
26/0 H (+3,+9) 10

THERAPIEN



PAT 410 ZW-M

NEGATIVE EREIGNISSE

117/0 (-6) 10
41/3 (-2.-2) 00
42/1 (-5,-2) 00
57/3 (-9.-9) 10
71/3 (-4) 00
82/2 (-5,-5) 00

SYMPTOM-INTENSITÄT

M = 2.95
SD = 0.74
TR = -0.80
ERR= 0.85
SDR= 0.83

1976 1977 1978

136/0 (+4.+4) 10
56/0 (+3,+1) 10
56/0 (+5,+9) 10
58/1
64/0 (+2.+2) 00
141/0 (+5,+5) 10

POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

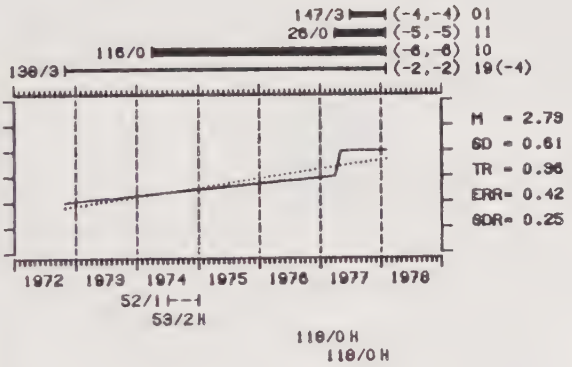
1976 1977 1978

THERAPIEN

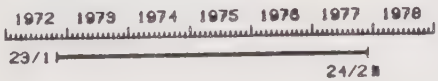
PAT 420 ZW-M

NEGATIVE EREIGNISSE

SYMPTOM-INTENSITÄT

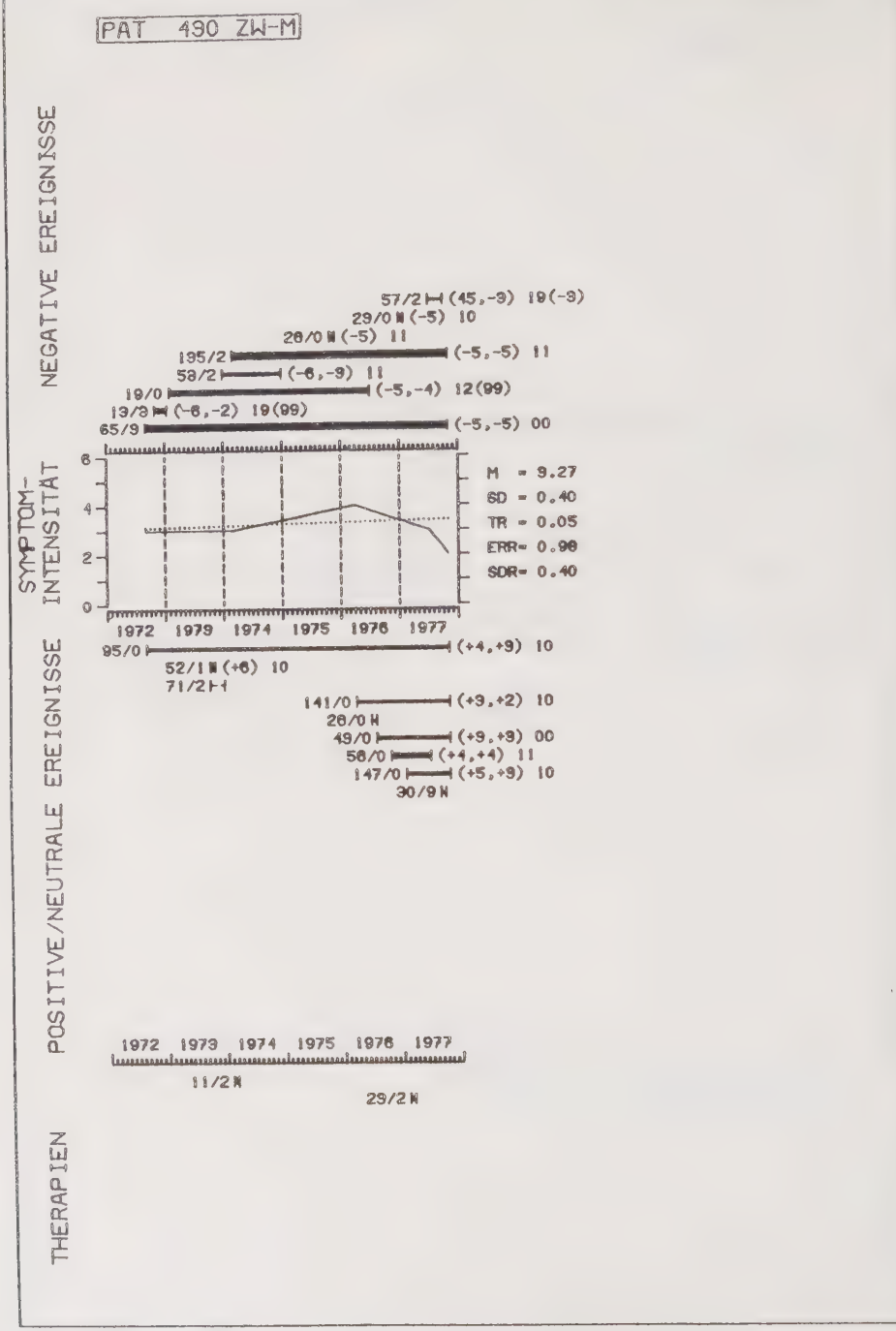


POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE



THERAPIEN

PAT 490 ZW-M

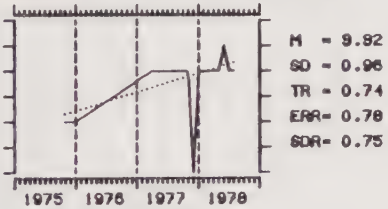

NEGATIVE EREIGNISSE
SYMPTOM-INTENSITÄT
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
THERAPIEN
57/2 (45,-9) 19(-9)
29/0 W (-5) 10
28/0 W (-5) 11
195/2 (-5,-5) 11
58/2 (-6,-9) 11
19/0 (-5,-4) 12(99)
13/3 (-6,-2) 19(99)
65/9 (-5,-5) 00
M = 9.27
SD = 0.40
TR = 0.05
ERR= 0.98
SDR= 0.40
1972 1973 1974 1975 1976 1977
95/0 (+4,+9) 10
52/1 W (+6) 10
71/2
141/0 (+3,+2) 10
28/0 W
49/0 (+9,+9) 00
58/0 (+4,+4) 11
147/0 (+5,+9) 10
30/9 W
1972 1973 1974 1975 1976 1977
11/2 W
29/2 W

PAT 440 ZW-F

NEGATIVE EREIGNISSE

130/0 M (-5,-5) 10
39/1 M (-6,-5) 10
147/9 M (-5) 10
39/0 M (-4) 10
119/0 (-4,-3) 10
39/0 M (-4) 10
147/3 (-6,-6) 09(-2)
42/9 (-5,-2) 00
102/0 (-2,-2) 10
39/0 M (-3) 10
142/2 (-3,-3) 00
135/2 (-3,-3) 00
65/1 (-3,-3) 00

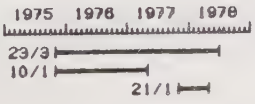
SYMPTOM-INTENSITÄT



POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

48/0 (+4,+8) 00
50/0 (+4,+2) 10
59/0 M
39/0 (+9,+8) 10
117/0 M
59/0 M
146/0 M
39/0 M (+4,+4) 10
127/0 (+5,+3) 10

THERAPIEN

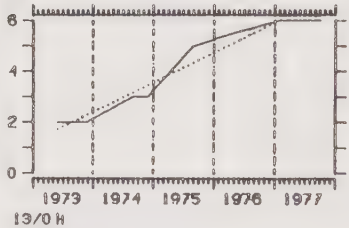


PAT 450 ZW-F

NEGATIVE EREIGNISSE

105/3 (-4,-4) 00
97/3 (-6,-6) 19(99)
95/3 (-4,-4) 19(99)
97/3 (-5,-5) 19(-5)
97/3 h (-3) 19(-9)
95/3 h (-3) 19(-8)
98/0 h (-6) 19(99)
42/2 (-5,-5) 02(-4)

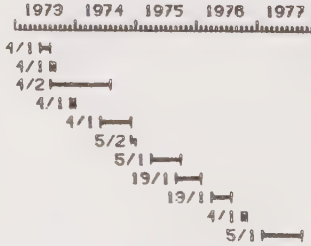
SYMPTOM-INTENSITÄT



POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

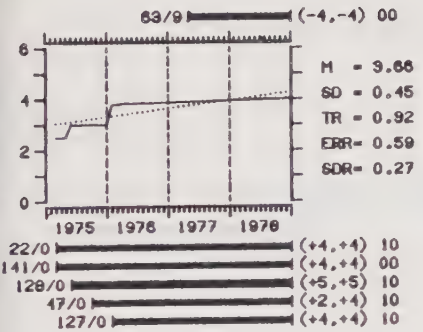
13/0 h
62/3 h
125/0 h (+6) 19(99)
61/2 h
13/2 h (+5) 19(99)
140/3 h

THERAPIEN



PAT 460 ZW-M

NEGATIVE EREIGNISSE



INTENSITÄT

POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

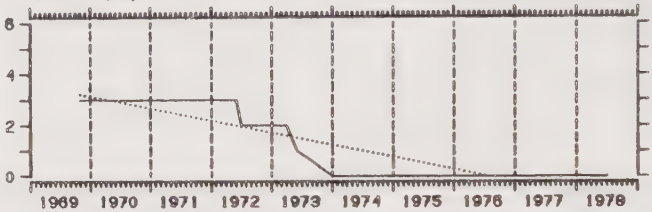
THERAPIEN

PAT 470 ZW-F

NEGATIVE EREIGNISSE

90/0 (-6,-3) 10
42/1 M (-3) 00
93/0 (-5,-5) 10
18/0 (-3,-8) 10
42/9 M (-4,-2) 00
14/1 M (-3) 10
117/0 M (-1) 10
147/0 M (-5) 10
119/0 M (-2) 10
119/0 M (-6,-8) 10
14/0 M (-4) 10
147/0 M (-3) 10

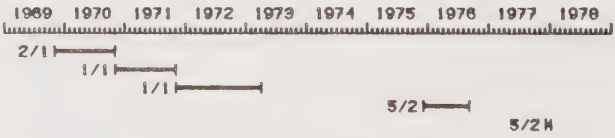
SYMPTOM-INTENSITÄT



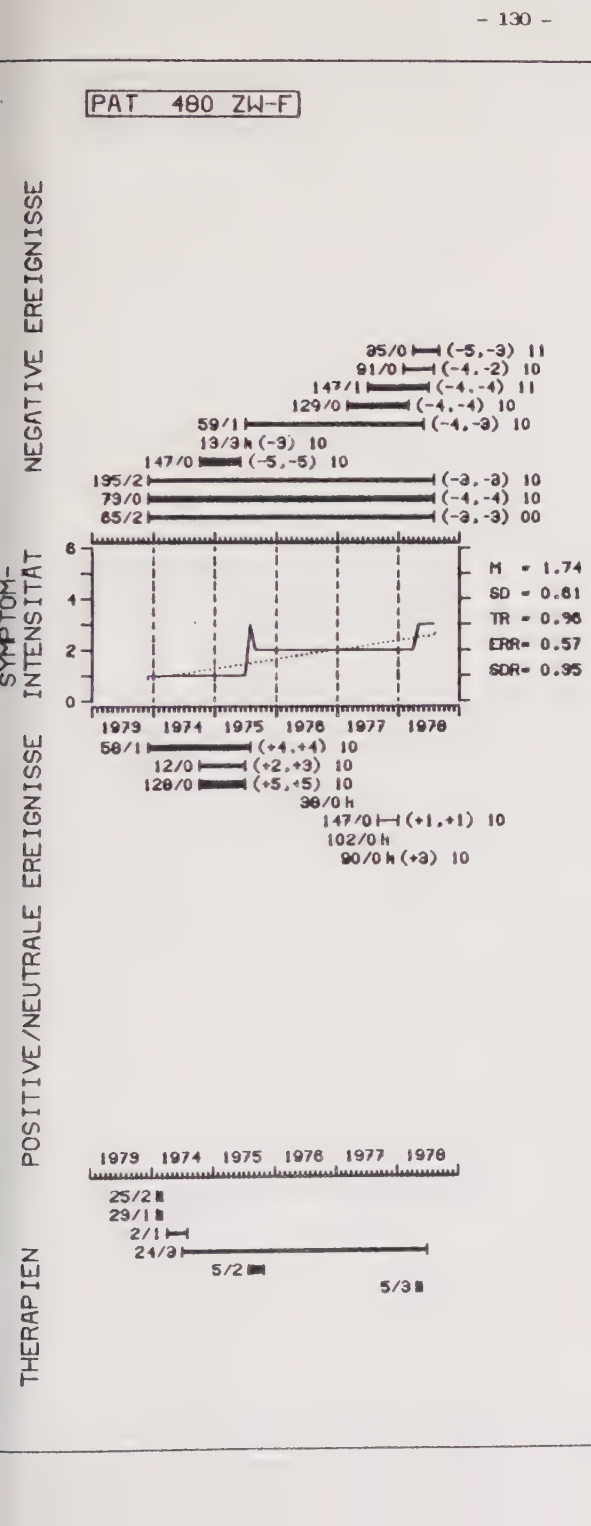
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

12/0 M (+5) 10
128/0 (+4,+4) 10
136/0 (+3,+3) 10
141/0 (+5,+5) 10
20/0 (+5,+5) 10
20/0 (+2,+2) 10
13/0 M
147/0 M
19/0 (+4,+3) 10
43/0 (+5,+5) 00
147/2 (+5,+5) 00
147/0 (+5,+4) 10
147/0 (+2,+2) 10
134/0 M
20/0 (+4,+1) 10
13/9 M (+3) 10
106/0 (+2,+2) 00
20/0 (+4,+1) 10
28/1 (+3,+3) 10
147/0 M (+2) 10

THERAPIEN



PAT 480 ZW-F

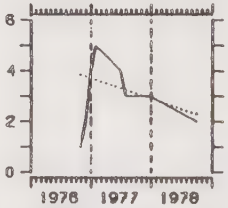

NEGATIVE EREIGNISSE
SYMPTOM-INTENSITÄT
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
THERAPIEN
35/0 (-5,-3) 11
91/0 (-4,-2) 10
147/1 (-4,-4) 11
129/0 (-4,-4) 10
59/1 (-4,-3) 10
13/3 h (-3) 10
147/0 (-5,-5) 10
195/2 (-3,-3) 10
79/0 (-4,-4) 10
65/2 (-3,-3) 00
M = 1.74
SD = 0.81
TR = 0.96
ERR= 0.57
SDR= 0.95
1973 1974 1975 1976 1977 1978
58/1 (+4,+4) 10
12/0 (+2,+3) 10
128/0 (+5,+5) 10
38/0 h
147/0 (+1,+1) 10
102/0 h
90/0 h (+3) 10
1973 1974 1975 1976 1977 1978
25/2
29/1
2/1
24/3
5/2
5/3

PAT 510 ZW-F

NEGATIVE EREIGNISSE

119/0 (0,-1) 10
119/0 (-1,-1) 10
110/3 (-9,-9) 00

SYMPTOM-INTENSITÄT

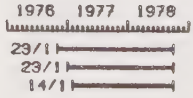


M = 3.08
SD = 0.99
TR = -0.01
ERR= 0.00
SOR= 0.07

POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

62/3 H
142/3 H
26/0 (+4,+4) 10

THERAPIEN



PAT 520 ZW-M

NEGATIVE EREIGNISSE

148/0 (-5) 10
92/0 (-3,-5) 00
147/0 (-1,-1) 10
119/9 (-5,-5) 10
53/0 (-4,-1) 10
63/3 (-4,-2) 10
65/0 (-3,-3) 00

SYMPTOM-INTENSITÄT

6
4
2
0

M = 4.38
SD = 0.72
TR = -0.23
CRR= 0.89
SDR= 0.84

1973 1974 1975 1976 1977 1978

POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

147/3 (+1,+1) 19(+9)
52/1 (+5,+5) 10
147/9 (+6,+6) 19(+4)
190/0 H
141/0 (+2,+2) 10

THERAPIEN

1973 1974 1975 1976 1977 1978

5/1 H
11/1
5/1

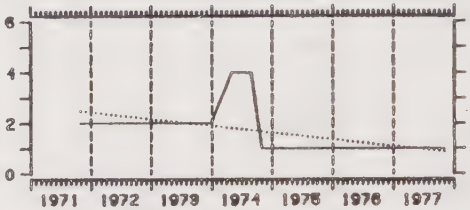
PAT 530 ZW-M

NEGATIVE EREIGNISSE

147/0 M (-5) 10
190/0 M (-4) 10

57/2 M (-2) 10
71/2 (-3,-3) 00

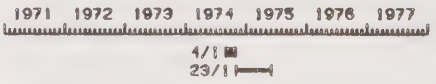
SYMPTOM-INTENSITÄT



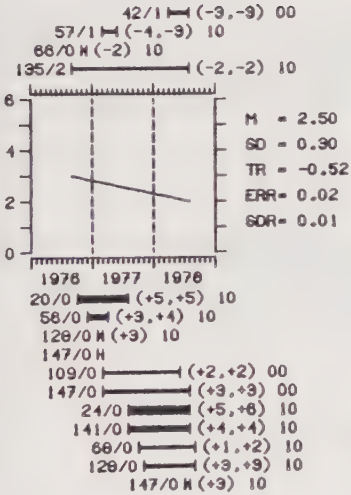
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

58/0 (+3,+3) 10
127/0 (+3,+3) 10
62/2 M
27/0 M (+1) 10
126/0 M (+4) 10
147/0 M (+4) 10
27/0 M (+1) 10

THERAPIEN

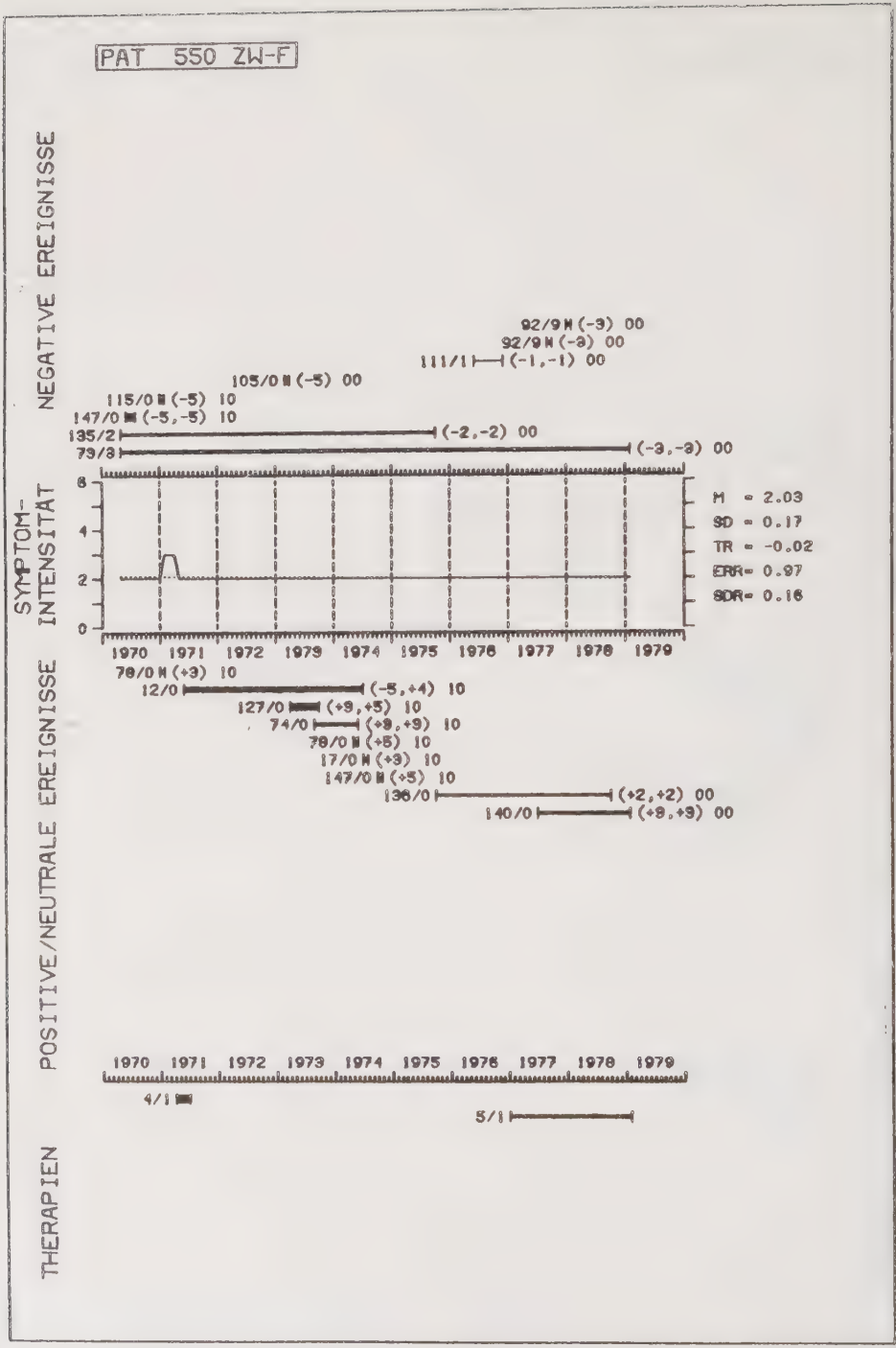


PAT 540 ZW-M

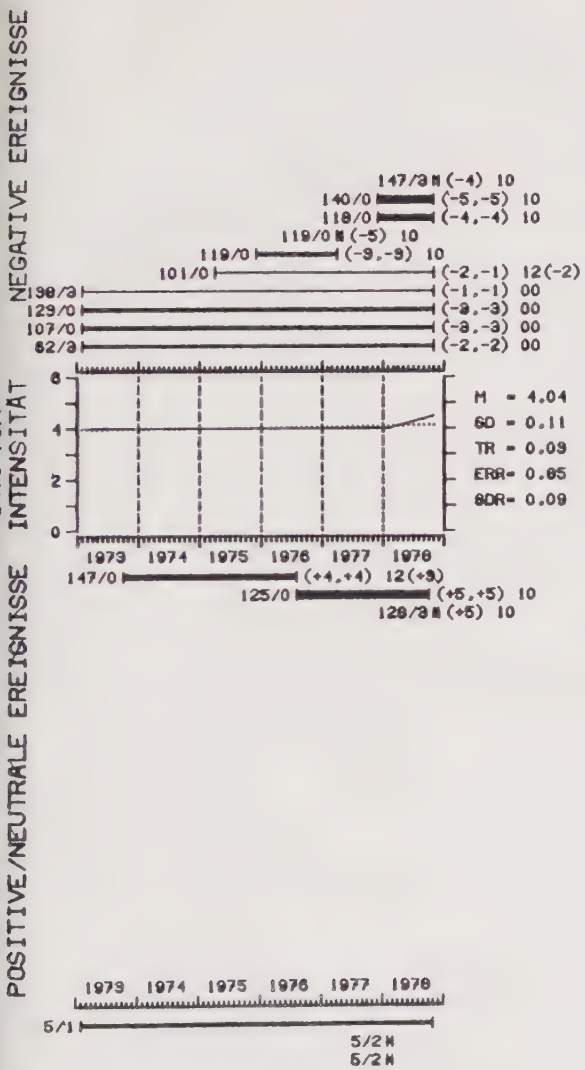


THERAPIEN POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE SYMPTOM-INTENSITÄT NEGATIVE EREIGNISSE

PAT 550 ZW-F


NEGATIVE EREIGNISSE
92/9 M (-3) 00
92/9 M (-3) 00
111/1 (-1,-1) 00
105/0 M (-5) 00
115/0 M (-5) 10
147/0 M (-5,-5) 10
135/2 (-2,-2) 00
73/3 (-3,-3) 00
SYMPTOM-INTENSITÄT
8
4
2
0
M = 2.03
SD = 0.17
TR = -0.02
ERR= 0.97
SDR= 0.16
1970 1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978 1979
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
78/0 M (+3) 10
12/0 (-5,+4) 10
127/0 (+3,+5) 10
74/0 (+3,+9) 10
78/0 M (+5) 10
17/0 M (+3) 10
147/0 M (+5) 10
136/0 (+2,+2) 00
140/0 (+8,+9) 00
THERAPIEN
1970 1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978 1979
4/1
5/1

PAT 560 ZW-M

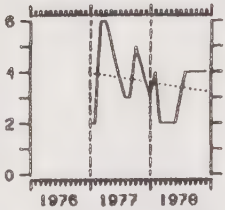

NEGATIVE EREIGNISSE
147/3 M (-4) 10
140/0 (-5,-5) 10
118/0 (-4,-4) 10
119/0 M (-5) 10
119/0 (-9,-9) 10
101/0 (-2,-1) 12(-2)
138/3 (-1,-1) 00
129/0 (-3,-3) 00
107/0 (-3,-3) 00
82/3 (-2,-2) 00
SYMPTOM-INTENSITÄT
6
4
2
0
M = 4.04
SD = 0.11
TR = 0.09
ERR= 0.85
SDR= 0.09
1973 1974 1975 1976 1977 1978
147/0 (+4,+4) 12(+3)
125/0 (+5,+5) 10
128/3 M (+5) 10
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
1973 1974 1975 1976 1977 1978
5/1
5/2 M
5/2 M
THERAPIEN

PAT 570 ZW-M

NEGATIVE EREIGNISSE

130/3 (-5,-5) 10
20/0 H (+9,-4) 19(+9)
190/3 (-9,-9) 10
63/3 (-4,-4) 00
79/3 (-2,-2) 00

SYMPTOM-INTENSITÄT



M = 9.60
SD = 1.21
TR = -0.99
ERR= 0.98
SDR= 1.19

POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

19/2 H (+6) 19(99)
47/0 H (+1) 10
196/0 (+4,+9) 00
18/2 (+2,+2) 10
14/3 H (+2) 19(-2)
18/3 (+2,+2) 19(-9)
39/0 H (+3,+9) 19(99)

THERAPIEN

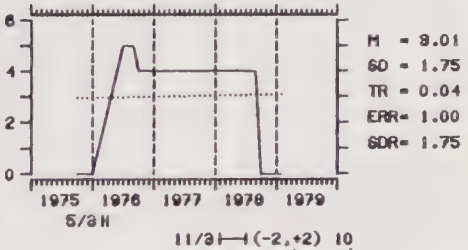
2/1 N

PAT 580 ZW-F

NEGATIVE EREIGNISSE

5/3 (-6,-5) 10
90/3 (+5,-8) 11
118/0 (-5,-8) 10
97/3 (+8,-3) 10
125/3 M (-4) 12(-3)
11/3 M (-5) 12(-3)
195/3 (-4,-4) 00
123/0 (-1,-1) 10
95/3 M (-3.0) 11
62/3 (-4,-4) 00
11/3 M (-5,-5) 12(-9)

SYMPTOM-INTENSITÄT

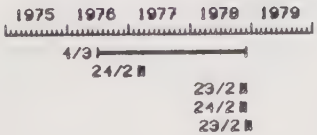


5/3 M

11/3 (-2,+2) 10
101/0 (+4,+4) 10
97/3 M

POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

THERAPIEN



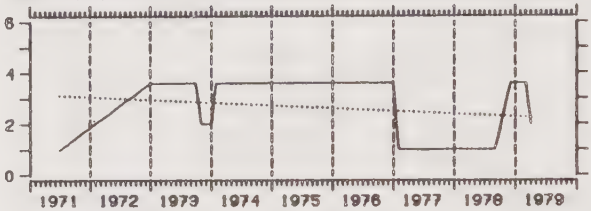
PAT 581 ZW-M

NEGATIVE EREIGNISSE

147/0 M (-5) 10
10/3 M (-5) 10
110/0 M (-6) 10
66/1 (-5,-5) 10
61/2 (-6,-6) 00
147/3 (-4,-4) 10
10/3 M (-4) 10
147/3 (-4,-4) 10
10/3 M (-4) 10
49/3 (-6,-3) 10
147/3 (-3,-3) 10
10/3 M (-3) 10
147/3 (-3,-9) 10
10/3 M (-3) 10
147/3 (-5,-5) 10
10/3 M (-5) 10
71/3 (-6,-6) 00
147/3 (-5,-5) 10
10/3 M (-5) 10
147/3 (-5,-5) 10
135/3 (-3,-3) 00
133/3 (-3,-3) 00
73/3 M (-3) 00
10/3 M (-5) 10

10/3 M (-5) 10
147/3 (-5,-5) 10
190/3 M (-5,-5) 10
147/3 (-5,-5) 10

SYMPTOM-INTENSITÄT



126/3 (+3,+3) 10
66/1 (+2,+2) 10

POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978 1979

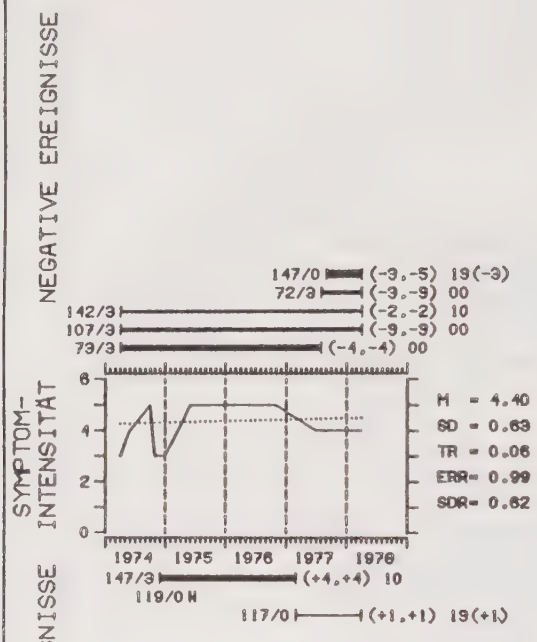
THERAPIEN

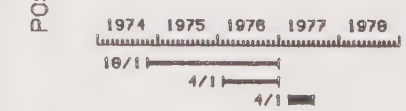
4/1 M

PAT 590 ZW-F

THERAPIEN
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
INTENSITÄT
NEGATIVE EREIGNISSE
42/0 (-4,-4) 02(-2)
88/3 (-6,-6) 19(-6)
86/3 (-6,-6) 11
89/0 (-3,-3) 12(-3)
195/9 (-9,-3) 00
79/3 (-6,-6) 01
65/9 (-1,-1) 09(-3)
M = 2.42
SD = 0.82
TR = -0.19
ERR= 0.11
SDR= 0.09
1971 1972 1979 1974 1975 1976 1977
12/0 (+6,+5) 10
127/2 (+5,+5) 19(+5)
196/0 (+5,+5) 02(+9)
60/1 (+5) 10
89/0 (+6,+6) 10
128/0 (+6,+6) 10
64/0 (+4,+4) 00
60/1 (-9,+5) 10
1971 1972 1979 1974 1975 1976 1977
4/1
5/3
4/3

PAT 600 ZW-F





THERAPIEN

PAT 610 ZW-M

NEGATIVE EREIGNISSE

SYMPTOM-INTENSITÄT

7/9 M (-4) 10
129/0 (-9,-9) 00
62/9 (-2,-2) 09(-2)

M = 2.58
SD = 0.79
TR = -1.14
ERR= 0.79
SDR= 0.62

1976 1977 1978

1/0 M (+3) 10
52/0 (+5,+5) 11
108/0 (+9,+9) 00
1/0 (+4,+5) 10
125/0 (+9,+9) 10
196/0 (+9,+9) 10

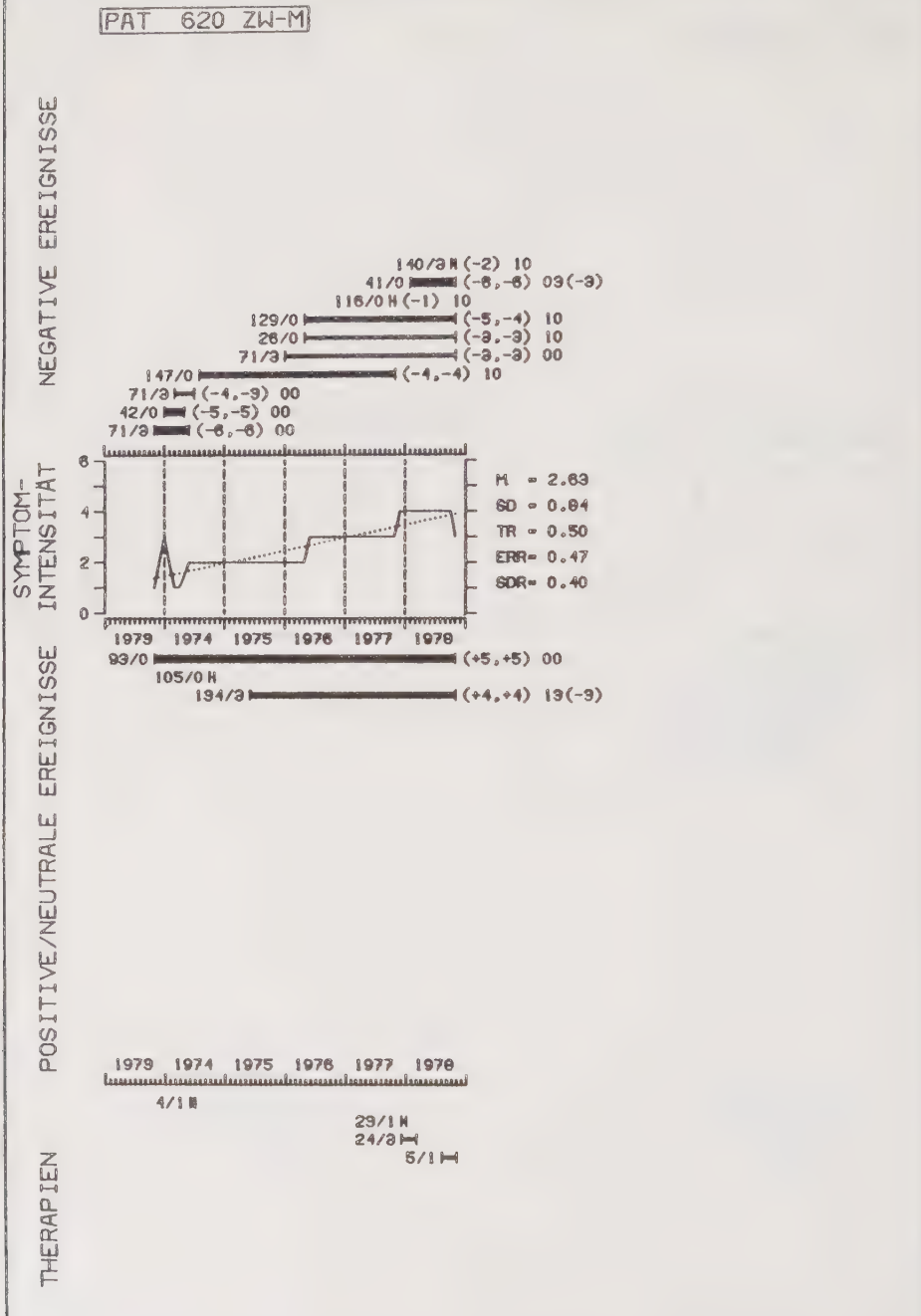
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

THERAPIEN

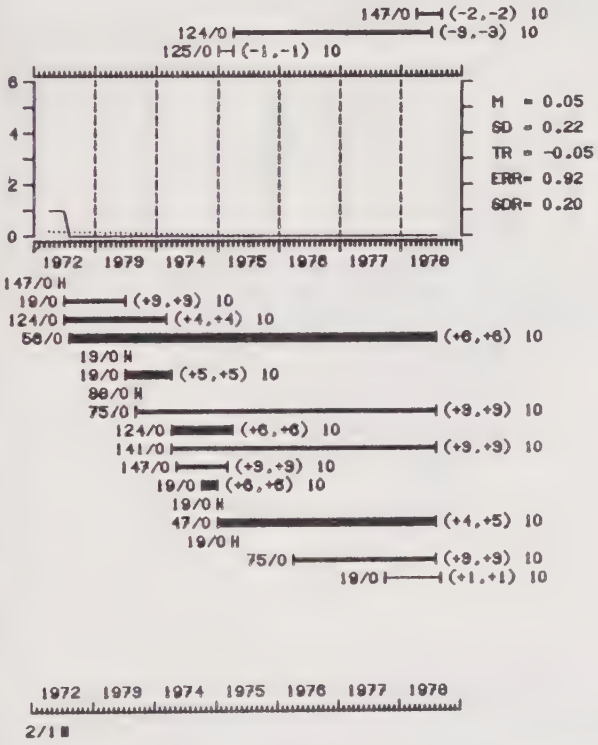
1976 1977 1978

4/1
4/1
22/1 M

PAT 620 ZW-M


NEGATIVE EREIGNISSE
140/3 M (-2) 10
41/0 (-6,-6) 03(-3)
116/0 M (-1) 10
129/0 (-5,-4) 10
26/0 (-3,-3) 10
71/3 (-3,-3) 00
147/0 (-4,-4) 10
71/3 (-4,-3) 00
42/0 (-5,-5) 00
71/3 (-6,-6) 00
SYMPTOM-INTENSITÄT
6
4
2
0
M = 2.63
SD = 0.84
TR = 0.50
ERR= 0.47
SDR= 0.40
1973 1974 1975 1976 1977 1978
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
93/0 (+5,+5) 00
105/0 M
194/3 (+4,+4) 13(-9)
THERAPIEN
1973 1974 1975 1976 1977 1978
4/1 M
29/1 M
24/3
5/1

PAT 630 ZW-M



SYMPTOM-INTENSITÄT

NEGATIVE EREIGNISSE

POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

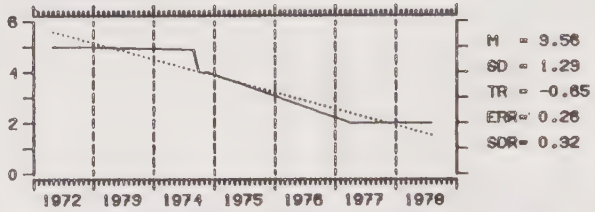
THERAPIEN

PAT 640 ZW-F

NEGATIVE EREIGNISSE

110/0 M (-2) 10
42/1 M (-5) 00
147/0 (-3,-3) 00
119/0 M (-2) 10
92/1 (-5,-2) 00
69/0 (-6,-6) 00
61/2 (-4,-4) 00
107/3 (-2,-2) 00
142/3 (-4,-4) 00
196/3 (-9,-3) 10
79/2 (-5,-5) 00

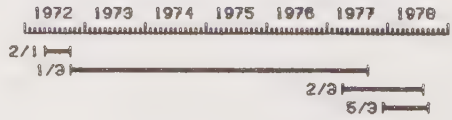
SYMPTOM-INTENSITÄT



POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

66/2 (+3,+3) 10
147/0 (+5,+5) 10
147/0 (+3,+3) 10
49/9 (+3,+3) 11
12/0 (+3,+3) 10
145/0 M (+2) 10
147/0 (+3,+3) 10
14/9 M
18/9 (+2,+2) 19(+2)
147/0 (+6,+6) 10
56/0 M (+2) 10
84/0 M (+9) 00

THERAPIEN

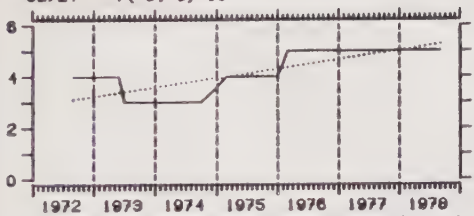


PAT 650 ZW-F

NEGATIVE EREIGNISSE

116/0 (-6,-5) 10
140/3 (-5,-5) 10
119/0 (-5,-6) 10
119/0 (-6,-6) 10
147/0 (-4,-4) 19(-4)
118/0 (-6,-3) 10
64/3 (-2,-2) 00
147/0 (-5) 10
62/2 (-9,-9) 00

SYMPTOM-INTENSITÄT

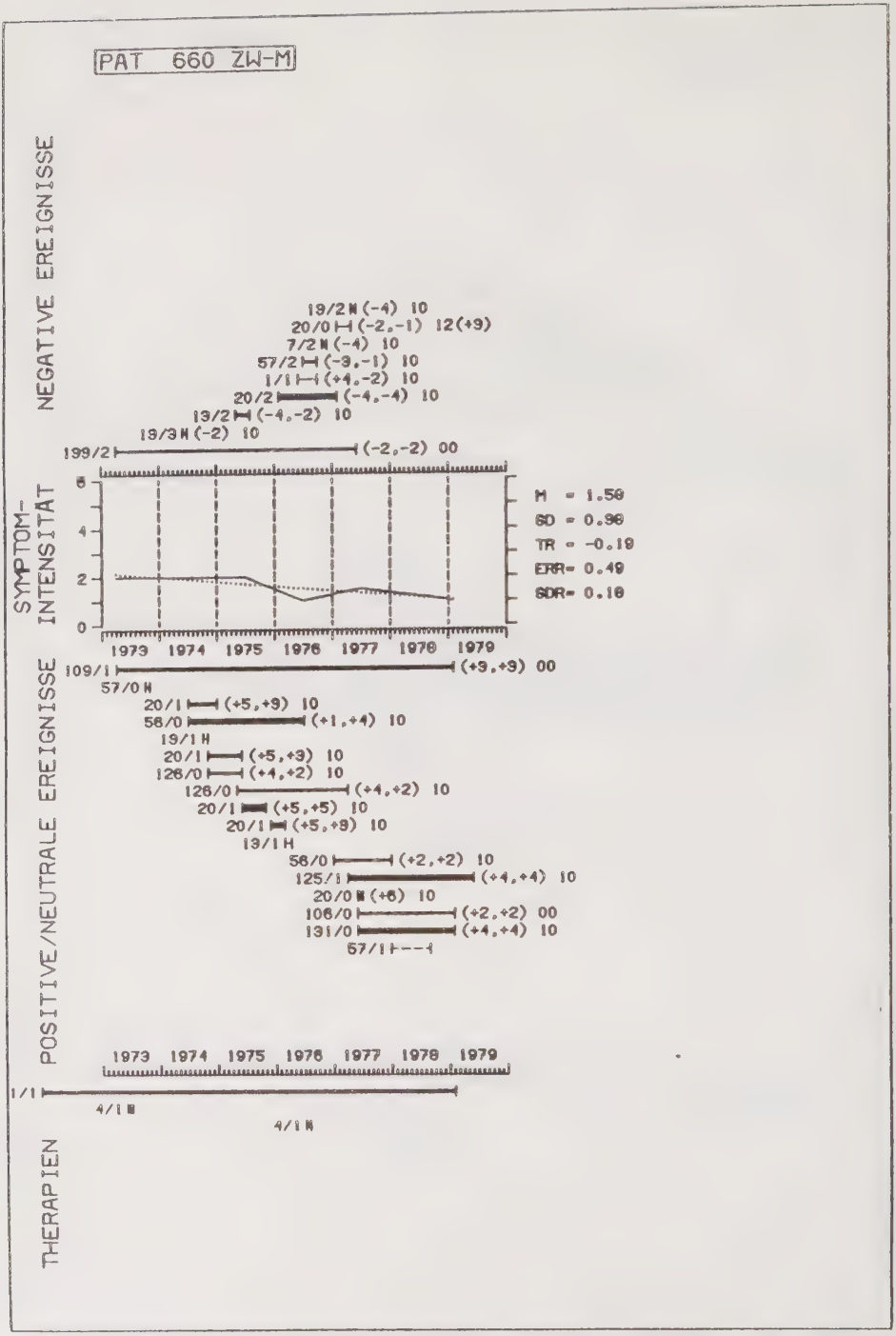


POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE

52/0 (+6,+4) 10
69/0 (+5,+5) 00
147/3 (+5,+4) 19(99)
145/0 (+4) 10

THERAPIEN

PAT 660 ZW-M


NEGATIVE EREIGNISSE
19/2 M (-4) 10
20/0 (-2,-1) 12(+9)
7/2 M (-4) 10
57/2 (-3,-1) 10
1/1 (+4,-2) 10
20/2 (-4,-4) 10
13/2 (-4,-2) 10
19/3 M (-2) 10
199/2 (-2,-2) 00
SYMPTOM-INTENSITÄT
6
4
2
0
1973 1974 1975 1976 1977 1978 1979
M = 1.58
SD = 0.98
TR = -0.19
ERR= 0.49
SDR= 0.18
POSITIVE/NEUTRALE EREIGNISSE
109/1 (+9,+9) 00
57/0 M
20/1 (+5,+9) 10
58/0 (+1,+4) 10
19/1 M
20/1 (+5,+9) 10
126/0 (+4,+2) 10
126/0 (+4,+2) 10
20/1 (+5,+5) 10
20/1 (+5,+9) 10
13/1 M
58/0 (+2,+2) 10
125/1 (+4,+4) 10
20/0 M (+6) 10
106/0 (+2,+2) 00
131/0 (+4,+4) 10
57/1
THERAPIEN
1973 1974 1975 1976 1977 1978 1979
1/1
4/1 M
4/1 M

ANHANG D

HÄUFIGKEITEN

Rangfolge der Häufigkeit der Ereignisse - Anorexia nervosa

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Anzahl der Ereignisse Anorexia nervosa	symptombedingt
136	Zunahme d. Häufigkeit d. Kontakte m. Freunden/Vergrößerg. d. Anzahl d. Personen, d. zum Freundeskreis gehören	29	1
2	Ausbildung abgeschlossen, Abschlußprüfung bestanden	25	0
56	Beginn einer anderen Freundschaft/Liebesbeziehung	25	0
127	Wohnungswechsel innerhalb des selben Ortes	24	3
1	Ausbildung begonnen, wieder aufgenommen	23	0
42	Zunahme d. Spannungen/Schwierigkeiten am Arbeitsplatz	21	10
118	Schwere Erkrankung d. Befragten	21	1
125	Ortswechsel auf eigenen Wunsch	19	3
57	Ende einer Freundschaft/Liebesbeziehung	18	10
54	Beginn d. ersten Freundschaft/Liebesbeziehung m. sexuel. Kontakt	17	0
117	Tod eines anderen pers. sehr nahestehenden Menschen, zu dem d. Befragte eine sehr enge Beziehung hatte	16	0
4	Zwischenprüfung bestanden	14	0
7	Ausbildung unter- bzw. abgebrochen	14	5
19	Neue Arbeitsstelle im erlernten Beruf	12	4
20	Neue Arbeitsstelle nicht im erlernten Beruf	12	3
62	Chronisch ohne Liebes-/Partnerbeziehung	11	11
98	Auszug aus dem Elternhaus mit Billigung der Eltern	11	5
105	Beginn/Zunahme von Spannungen/Schwierigkeiten mit den Eltern	11	5
141	Zunahme an Freizeitaktivitäten	11	0
71	Beginn/starke Zunahme von Spannungen/Schwierigkeiten mit dem Partner	10	5
128	Einkommenserhöhung	10	0

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Anzahl der Ereignisse Anorexia nervosa
55	Ende der ersten Freundschaft/Liebesbeziehung mit sexuellem Kontakt	9
106	Abnahme/Ende von Schwierigkeiten/Spannungen mit den Eltern/Verbesserung der Beziehung	9
119	Schwere Erkrankung eines Familienmitgliedes oder einer sehr wichtigen Bezugsperson	9
107	Chronische Schwierigkeiten mit den Eltern	8
109	Ende/Abnahme von Schwierigkeiten/Spannungen mit einem Familienmitglied/Verbesserung der Beziehung	8
8	Ausbildungsziel gewechselt	7
12	Erstaufnahme/Wiederaufnahme des Berufes	7
13	Befragter kündigt Arbeitsplatz	7
14	Dem Befragten wird gekündigt	7
47	Heirat des Befragten	7
52	Beginn einer wichtigen nicht sexuellen Freundschaft	7
63	Beginn/Zunahme sexueller Schwierigkeiten	7
101	Auszug eines Familienmitgliedes mit Billigung des Befragten	7
11	Wechsel der Ausbildungsstätte	6
45	Verlobung des Befragten	6
53	Ende einer wichtigen nicht sexuellen Freundschaft	6
64	Ende/Abnahme sexueller Schwierigkeiten	6
134	Verringerung der anzahl der Leute, die zum Freundeskreis gehören/Abnahme der Häufigkeit der Kontakte mit Freunden	6
10	Klassenwechsel	5
26	Größere Veränderungen der Arbeitsbedingungen(nicht Vorgesetzenwechsel)	5
43	Abnahme von Spannungen/Schwierigkeiten am Arbeitsplatz	5
65	Chronisch bestehende sexuelle Schwierigkeiten	5
129	Einkommensverringerung	5

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Anzahl der Ereignisse Anorexia nervosa
136	Seit längerem extrem reduzierter/eingeengter Freundes-/Bekanntenkreis/ chron. Kontaktschwierigkeiten	5
138	Kein Freundeskreis vorhanden/Isolation (länger als ein Vierteljahr)	5
9	Sonstiges Ausbildungsereignis	4
18	Arbeitslosigkeit	4
22	Beförderung/größerer beruflicher Erfolg	4
67	Beginn einer Trennung vom Partner ohne Streit (andere Gründe)	4
72	Ende/starke Abnahme der Spannungen/ Schwierigkeiten mit dem Partner	4
102	Einzug/Hinzukommen eines Familienmitgliedes (neutrale bis beliebte Person)	4
142	Chronisch keine Freizeitaktivitäten	4
39	Andere größere berufliche Veränderung beim Partner	3
41	Befürchtungen im beruflichen Bereich z.B. Angst vor Kündigung	3
68	Ende einer Trennung vom Partner	3
74	Beginn einer erwünschten Schwangerschaft durch Befragte	3
78	Geburt eines Kindes durch Befragte	3
97	Ende der Trennung von den Eltern	3
123	Chronische Belastung durch Krankheit eines Familienmitgliedes oder persönlich nahestehenden Menschen	3
124	Landeswechsel	3
140	Abnahme an Freizeitaktivitäten	3
146	Mißerfolg bei gerichtlichen/behördlichen Belangen	3
27	Vorgesetztenwechsel	2
34	Sonstigke Veränderung am Arbeitsplatz	2
48	Heirat eines nahestehenden Menschen	2
58	Beginn einer sexzellen Beziehung zusätzlich zu der bestehenden Ehe/ Partnerbeziehung	2
59	Ende einer sexuellen Beziehung, die neben der bestehenden Partnerbeziehg. aufrecht erhalten wurde	2

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Anzahl der Ereignisse Anorexia nervosa
61	Vorübergehend ohne Liebes-/Partnerbeziehung	2
69	Beginn einer sexuellen Beziehung	2
73	Chronische Spannungen/Schwierigkeiten mit dem Partner	2
99	Auszug aus dem Elternhaus gegen den Wunsch der Eltern	2
108	Beginn von Schwierigkeiten/Spannungen mit einem Familienmitglied (nicht Eltern, Partner, Kind)	2
110	Chronische Schwierigkeiten/Spannungen mit einem Familienmitglied	2
130	Beginn/Zunahme finanzieller Schwierigkeiten oder Belastungen	2
132	Andere wichtige finanzielle Veränderungen	2
5	Zwischenprüfung nicht bestanden	1
17	Verlust/Aufgabe des Arbeitsplatzes aus anderen Gründen	1
33	Zunahme der Gesamtarbeitsstunden (nicht über 8 Stunden sonst Überstd.)	1
86	Erfahren, daß Sie keine Kinder bekommen können	1
100	Auszug eines Familienmitgliedes gg. den Wunsch des Befragten	1
112	Ende/Abnahme der Schwierigkeiten/Spannungen mit Verwandten oder einem anderen persönl. sehr nahegestellten Menschen	1
116	Tod eines Elternteils	1
122	Chronische Belastung durch Krankheit des Befragten	1
126	Ortswechsel aufgrund äußerer zwingender Gründe	1
137	Verlust des gewohnten Freundeskreises aufgrund äußerer Umstände	1
143	Neues Haustier	1
144	Verlust eines liebgewonnenen Haustiers	1
145	Erfolg bei gerichtlichen/behördlichen Belangen	1

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Anzahl der Ereignisse Anorexia nervosa
3	Abschlußziel nicht erreicht/ Abschlußprüfung nicht bestanden	0
6	Prüfung/Abschluß verschoben	0
23	Berufliches Versagen/erwartete Beförderung nicht eingetreten	0
24	Zunahme des Aufgabenbereiches/ Verantwortung/Geschäftsvergrößerung	0
25	Abnahme des Aufgabenbereiches/ Verantwortung	0
30	Beginn von Überstunden/Nebentätigkeit ab 6 Std./Wo.	0
36	Partner ist in Ruhestand gegangen	0
37	Beginn einer Berufstätigkeit des Partners	0
38	Ende der Berufstätigkeit des Partners	0
40	Enttäuschte Erwartung im beruflichen Bereich	0
44	Chronische Schwierigkeiten am Arbeitsplatz	0
49	Scheidung des Befragten	0
60	Anderes Ereignis im Zusammenhang mit einer Liebes-/Partnerbeziehung	0
66	Beginn einer Trennung vom Partner aufgrund von Streit	0
75	Beginn einer erwünschten Schwangerschaft durch Partnerin	0
79	Geburt eines Kindes durch Partnerin	0
88	Beginn einer Trennung von Kindern ohne Streit	0
90	Auszug eines Kindes mit Billigung des Befragten	0
91	Auszug eines Kindes gegen den Wunsch des Befragten	0
92	Beginn/Zunahme von Spannungen/ Schwierigkeiten mit Kindern	0
93	Ende/Abnahme von Schwierigkeiten/Spannungen mit Kindern	0

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Anzahl der Ereignisse Anorexia nervosa
94	Chronische Schwierigkeiten mit Kindern	0
95	Beginn einer Trennung vom Elternhaus mit Billigung der Eltern	0
103	Einzug/Hinzukommen eines Familienmitgiedes (eher unbeliebte Person)	0
111	Beginn von Schwierigkeiten/ Spannungen mit Verwandten o. einem anderen persönl. sehr nahegestellten Menschen	0
113	Chronische Schwierigkeiten / Spannungen mit Verwandten o. einem anderen persönl. sehr nahegestellten Menschen	0
115	Tod eines Kindes	0
121	Genesung eines Familienmitgliedes oder einer wichtigen Bezugsperson	0
131	Ende/Abnahme finanzieller Belastungen/Schwierigkeiten	0
133	Chronische finanzielle Belastung	0

Rangfolge der Häufigkeit der Ereignisse - Zwangsneurose

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Anzahl der Ereignisse Zwänge	symptom-bedingt
26	Größere Veränderung d. Arbeitsbedingungen(nicht Vorgesetzenwechsel)	26	6
119	Schwere Erkrankung eines Familienmitgliedes o. einer sehr wichtigen Bezugsperson	25	1
20	Neue Arbeitsstelle nicht im erlernten Beruf	24	2
13	Befragter kündigt Arbeitsplatz	22	11
56	Beginn einer anderen Freundschaft/Liebesbeziehung	22	0
127	Wohnungswechsel innerhalb des selbsen Ortes	22	7
141	Zunahme an Freizeitaktivitäten	22	0
18	Arbeitslosigkeit	21	17
42	Zunahme von Spannungen/Schwierigkeiten am Arbeitsplatz	21	13
128	Einkommenserhöhung	20	1
52	Beginn einer wichtigen nicht sexuellen Freundschaft	19	0
57	Ende einer Freundschaft/Liebesbeziehung	17	9
136	Zunahme d. Häufigkeit d. Kontakte m. Freunden/Vergrößerung d. Anzahl d. Personen, die z. Freundeskreis gehören	17	1
53	Ende einer wichtigen nicht sexuellen Freundschaft	16	4
62	Chronisch ohne Öiebes-/Partnerbeziehung	16	15
71	Beginn/starke Zunahme der Spannungen/Schwierigkeiten mit dem Partner	16	10
130	Beginn/Zunahme finanzieller Schwierigkeiten o. Belastung	15	3
65	Chronisch bestehende sexuelle Schwierigkeiten	14	11
73	Chronische Spannungen/Schwierigkeiten mit d. Partner	14	12
117	Tod eines anderen pers. sehr nahestehenden Menschen, zu dem d. Befragte eine sehr enge Beziehung hatte	14	0

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Anzahl der Ereignisse Zwänge	symptom-bedingt
118	Schwere Erkrankung d.Befragten	14	0
136	Seit längerem extrem reduzierter/eingeengter Freundes-/Bekanntenkreis, chron. Kontaktschwierigkeiten	14	13
19	Neue Arbeitsstelle im erlernten Beruf	13	0
63	Beginn/Zunahme sexueller Schwierigkeiten	13	9
12	Erstaufnahme/ Wiederaufnahme des Berufes	12	0
39	Andere größere berufliche Veränderung beim Partner	12	0
1	Ausbildung begonnen/ wieder aufgenommen	11	1
64	Ende/Abnahme sexueller Schwierigkeiten	11	1
125	Ortswechsel auf eigenen Wunsch	11	3
2	Ausbildung abgeschlossen/ Abschlußprüfung bestanden	10	0
58	Beginn einer sexuellen Beziehung zusätzlich zu der bestehenden Ehe/Partnerbeziehung	10	1
66	Beginn einer Trennung vom Partner aufgrund von Streit	9	
105	Beginn/Zunahme von Spannungen/Schwierigkeiten mit den Eltern	9	
106	Abnahme/Ende von Schwierigkeiten/Spannungen mit den Eltern/Verbesserung der Beziehung	9	
138	Kein Freundeskreis vorhanden/ Isolation(länger als ein Vierteljahr)	9	
14	Dem Befragten wird gekündigt	8	
107	Chronische Schwierigkeiten mit den Eltern	8	
116	Tod eines Elternteils	8	
123	Chronische Belastung durch Krankheit eines Familienmitgliedes oder persönlich persönlich nahestehenden Menschen	8	
140	Abnahme an Freizeitaktivitäten	8	
142	Chronisch keine Freizeitaktivitäten	8	

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Anzahl der Ereignisse Zwänge
43	Abnahme von Spannungen/ Schwierigkeiten am Arbeitsplatz	7
59	Ende einer sexuellen Beziehung, die neben der bestehenden Partnerbeziehung aufrechterhalten wurde	7
98	Auszug aus dem Elternhaus mit Billigung der Eltern	7
109	Ende/Abnahme von Schwierigkeiten/Spannungen mit einem Familienmitglied/Verbesserung der Beziehung	7
27	Vorgesetztenwechsel	6
41	Befürchtungen im beruflichen Bereich z.B. Angst vor Kündigung	6
97	Ende der Trennung von Eltern	6
101	Auszug eines Familienmitgliedes mit Billigung d. Befragten	6
110	Chronische Schwierigkeiten/ Spannungen mit einem Familienmitglied	6
129	Einkommensverringerung	6
4	Zwischenprüfung bestanden	5
9	Sonstiges Ausbildungsereignis	5
11	Wechsel der Ausbildungsstätte	5
22	Beförderung/größerer beruflicher Erfolg	5
38	Ende der Berufstätigkeit des Partners	5
54	Beginn der ersten Freundschaft/Liebesbeziehung mit sexuellem Kontakt	5
95	Beginn einer Trennung vom Elternhaus mit Billigung der Eltern	5
131	Ende/Abnahme finanzieller Belastungen/Schwierigkeiten	5
134	Verringerung der Anzahl der Leute, die zum Freundeskreis gehören/Abnahme der Häufigkeit der Kontakte mit Freunden	5
146	Mißerfolg bei gerichtlichen/ behördlichen Belangen	5

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Anzahl der Ereignisse Zwänge
7	Ausbildung unterbrochen	4
23	Berufliches Versagen/erwartete Beförderung nicht eingetreten	4
24	Zunahme des Aufgabenbereiches/ Verantwortung/Geschäftsvergrößerung	4
44	Chronische Schwierigkeiten am Arbeitsplatz	4
49	Scheidung des Befragten	4
56	Ende der ersten Freundschaft/ Liebesbeziehung mit sexuellem Kontakt	4
61	Vorübergehend ohne Liebes-/ Partnerbeziehung	4
68	Ende einer Trennung vom Partner	4
72	Ende/starke abnahme der Spannungen/Schwierigkeiten mit dem Partner	4
92	Beginn/Zunahme von Schwierigkeiten/Spannungen mit Kindern	4
133	Chronische finanzielle Belastungen	4
5	Zwischenprüfung nicht bestanden	3
34	Sonstige Veränderung am Arbeitsplatz	3
47	Heirat des Befragten	3
60	Anderes Ereignis im Zusammenhang mit einer Liebes-/Partnerbeziehung	3
93	Ende/Abnahme von Schwierigkeiten/Spannungen mit Kindern	3
94	Chronische Schwierigkeiten mit Kindern	3
102	Einzug/Hinzukommen eines Familienmitgliedes (neutrale bis beliebte Person)	3
124	Landeswechsel	3
126	Ortswechsel aufgrund äußerer zwingender Umstände	3

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Anzahl der Ereignisse Zwänge
145	Erfolg bei gerichtlichen/behördlichen Belangen	3
17	Verlust/Aufgabe des Arbeitsplatzes aus anderen Gründen	2
25	Abnahme des Aufgabenbereiches/Verantwortung	2
30	Beginn von Überstunden/Nebentätigkeit ab 6 Std./Wo.	2
33	Zunahme der Gesamtarbeitsstd. (nicht über 8 Std. sonst Überstunden)	2
37	Beginn einer Berufstätigkeit des Partners	2
75	Beginn einer erwünschten Schwangerschaft durch Partnerin	2
78	Geburt eines Kindes durch Befragte	2
90	Auszug eines Kindes mit Billigung des Befragten	2
111	Beginn von Schwierigkeiten/Spannungen mit Verwandten oder einem anderen persönlich nahestehenden Menschen	2
3	Abschlußziel nicht erreicht Abschlußprüfung nicht bestanden	1
6	Prüfung/Abschluß verschoben	1
8	Ausbildungsziel gewechselt	1
10	Klassenwechsel	1
36	Partner ist in Ruhestand gegangen	1
40	Enttäuschte Erwartung im beruflichen Bereich	1
48	Heirat eines nahestehenden Menschen	1
74	Beginn einer erwünschten Schwangerschaft durch Befragte	1
79	Geburt eines Kindes durch Partnerin	1
88	Beginn einer Trennung von Kindern ohne Streit	1
91	Auszug eines Kindes gegen den Wunsch des Befragten	1

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Anzahl der Ereignisse Zwänge
103	Einzug/Hinzukommen eines Familienmitgliedes (eher unbeliebte Person)	1
108	Beginn von Spannungen/Schwierigkeiten mit einem Familienmitglied(nicht Eltern,Partner Kind)	1
112	Ende/Abnahme der Spannungen/ Schwierigkeiten mit Verwandten oder einem anderen persönlich sehr nahestehenden Menschen	1
113	Chronische Schwierigkeiten/ Spannungen mit Verwandten oder einem persönlich sehr nahestehenden Menschen	1
115	Tod eines Kindes	1
121	Genesung eines Familienmitgliedes oder einer wichtigen Bezugsperson	1
122	Chronische Belastung durch Krankheit des Befragten	1
132	Andere wichtige finanzielle Veränderung	1
137	Verlust des gewohnten Freundeskreises aufgrund äußerer Umstände	1
45	Verlobung des Befragten	0
67	Beginn einer Trennung vom Partner ohne Streit (andere Gründe)	0
69	Beginn einer sexuellen Beziehung	0
85	Erfahren, daß Sie keine Kinder bekommen können	0
99	Auszug aus dem Elternhaus gg. den Wunsch der Eltern	0
100	Auszug eines Familienmitgliedes gegen den Wunsch des Befragten	0
143	Neues Haustier	0
144	Verlust eines liebgewonnenen Haustieres	0

Rangfolge der Häufigkeit der Ereignisse - Zwangsneurose - nur Männer

Fragebogen-Nr.		Häufigkeit
26	Größere Veränderung der Arbeitsbedingungen	21
18	Arbeitslosigkeit	18
127	Wohnungswechsel innerhalb desselben Ortes	18
20	Neue Arbeitsstelle nicht im erlernten Beruf	15
52	Beginn einer wichtigen, nicht sexuellen Freundschaft	14
56	Beginn einer anderen Freundschaft/Liebesbeziehung	14
71	Beginn/Zunahme von Spannungen mit dem Partner	14
128	Einkommenserhöhung	14
13	Befragter kündigt den Arbeitsplatz	13
53	Ende einer wichtigen, nicht sexuellen Freundschaft	13
57	Ende einer Freundschaft/Liebesbeziehung	13
62	Chronisch ohne Liebesbeziehung	11
130	Zunahme/Beginn von finanziellen Belastungen	11
2	Ausbildung abgeschlossen/ Abschlußprüfung bestanden	9
19	Neue Arbeitsstelle im erlernten Beruf	9
42	Zunahme von Spannungen/schwierigkeiten am Arbeitsplatz	9
1	Ausbildung begonnen/wiederaufgenommen	8
119	Schwere Erkrankung eines Familienmitgliedes	8
136	Vergrößerung des Freundeskreises/Zunahme der Kontakte	8
63	Beginn/Zunahme von sexuellen Schwierigkeiten	7
65	Chronsich bestehende sexuelle Schwierigkeiten	7
117	Tod eines persönlich sehr nahestehenden Menschen	7
118	Schwere Erkrankung des Befragten	7
27	Vorgesetztenwechsel	6
41	Befrüchtungen im beruflichen Bereich/Angst vor Kündigung	6
116	Tod eines Elternteils	6
125	Ortswechsel auf eigenen Wunsch	6
135	Chronische Kontaktschwierigkeiten/extrem reduzierter Freundeskreis	6
138	Kein Freundeskreis vorhanden/Isolation	6
9	Sonstiges Ausbildungsereignis	5
12	Erst-/Wiederaufnahme des Berufes	5
22	Beförderung/größerer beruflicher Erfolg	5
106	Abnahme/Ende von Spannungen mit den Eltern	5
109	Abnahme/Ende von Spannungen mit einem Familienmitglied	5
7	Ausbildung unterbrochen	4
14	Dem Befragten wird gekündigt	4

Fortsetzung: Rangfolge der Häufigkeit der Ereignisse - Zwangsneurose - nur Männe

Fragebogen-Nr.		Häufigkeit
23	Berufliches Versagen/erwartete Beförderung nicht eingetreten	4
38	Ende der Berufstätigkeit des Partners	4
66	Beginn einer Trennung vom Partner aufgrund von Streit	4
73	Chronsiche Spannungen/Schwierigkeiten mit dem Partner	4
101	Auszug eines Familienmitgliedes mit Billigung des Befragten	4
105	Beginn/Zunahme von Schwierigkeiten/Spannungen mit den Eltern	4
123	Chronsiche Belastung durch Krankheit eines Familienmitgliedes	4
131	Ende/Abnahme von finanziellen Belastungen	4
4	Zwischenprüfung bestanden	3
44	Chronische Schwierigkeiten am Arbeitsplatz	3
47	Heirat des Befragten	3
54	Beginn der ersten Freundschaft/Liebesbeziehung mit sexuellem Kontakt	3
55	Ende der ersten Freundschaft/Liebesbeziehung mit sexuellem Kontakt	3
68	Ende einer Trennung vom Partner	3
107	Chronsiche Schwierigkeiten mit den Eltern	3
110	Chronische Spannungen/Schwierigkeiten mit einem Familienmitglied	3
124	Landeswechsel	3
126	Ortswechsel aufgrund äußerer zwingender Umstände	3
129	Einkommensverringerung	3
133	Chronische finanzielle Belastung	3
146	Mißerfolg bei gerichtlichen Belangen	3

Rangfolge der Häufigkeit der Ereignisse - Zwangsneurose - nur Frauen

Fragebogen-Nr.		Häufigkeit
119	Schwere Erkrankung eines Familienmitgliedes	18
42	Zunahme von Spannungen/Schwierigkeiten am Arbeitsplatz	12
39	Andere größere berufliche Veränderung des Partners	11
73	Chronische Spannungen mit dem Partner	10
127	Wohnungswechsel innerhalb desselben Ortes	10
13	Befragte kündigt Arbeitsplatz	9
20	Neue Arbeitsstelle nicht im erlernten Beruf	9
64	Ende/Abnahme sexueller Spannungen/Schwierigkeiten	9
136	Zunahme der Häufigkeit der Kontakte mit Freunden	9
56	Beginn einer anderen Freundschaft/Liebesbeziehung	8
58	Beginn einer sexuellen Beziehung zusätzlich zur bestehenden Partnerbeziehung/Ehe	8
136	Chronsiche Kontaktschwierigkeiten/extrem reduzierter Freundeskreis	8
12	Erst-/Wiederaufnahme des Berufes	7
59	Ende einer sexuellen Beziehung, die neben der Partnerbeziehung bestand	7
65	Chronisch bestehende sexuelle Schwierigkeiten	7
117	Tod eines persönlich sehr nahestehenden Menschen	7
118	Schwere Erkrankung der Befragten	7
142	Chronisch keine Freizeitaktivitäten	7
57	Ende einer Freundschaft/Liebesbeziehung	6
63	Beginn/Zunahme sexueller Schwierigkeiten	6
128	Einkommenserhöhung	6
11	Wechsel der Ausbildungsstätte	5
26	Größere Veränderungen der Arbeitsbedingungen	5
43	Abnahme der Schwierigkeiten am Arbeitsplatz	5
52	Beginn einer wichtigen nicht sexuellen Freundschaft	5
62	Chronisch ohne Liebesbeziehung	5
66	Beginn einer Trennung vom Partner aufgrund von Streit	5
93	Ende/Abnahme von Spannungen mit den Kindern	5
97	Ende der Trennung von den Eltern	5
105	Beginn/Zunahme von Spannungen mit den Eltern	5
107	Chronsiche Schwierigkeiten mit den Eltern	5
125	Ortswechsel auf eigenen Wunsch	5
14	Der Befragten wird gekündigt	4
19	Neue Arbeitsstelle im erlernten Beruf	4
98	Auszug aus dem Elternhaus mit Billigung der Eltern	4
106	Abnahme/Ende der Spannungen mit den Eltern	4
123	Chronische Belastung durch eine schwere Erkrankung eines pers. sehr nahestehenden Menschen	4

Forteetzung: Rangfolge der Häufigkeit der Ereignisse - Zwangsneurose - nur Fra

Fragebogen-Nr.		Häufigkeit
130	Beginn/Zunahme von finanziellen Belastungen	4
1	Ausbildung begonnen/wiederaufgenommen	3
18	Arbeitslosigkeit	3
49	Scheidung der Befragten	3
53	Ende einer wichtigen nicht sexuellen Freundschaft	3
60	Anderes Ereignis im Zusammenhang mit Partnerbeziehungen	3
92	Beginn/Zunahme von Spannungen mit den Kindern	3
94	Chronische Schwierigkeiten mit den Kindern	3
95	Beginn einer Trennung vom Elternhaus mit Billigung der Eltern	3
109	Ende/Abnahme von Schwierigkeiten mit einem Familienmitglied	3
110	Chronische Schwierigkeiten mit einem Familienmitglied	3
129	Einkommensverringerung	3
134	Abnahme der Häufigkeit der Kontakte mit Freunden	3
138	Kein Freundeskreis vorhanden/Isolation	3

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Anorexia nervosa - Symptomverlaufsgruppe: niedrig

negativ bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
118	Schwere Erkrankung des Befragten	13
117	Tod eines nahestehenden Menschen	10
42	Zunahme von Spannungen am Arbeitsplatz	9
119	Schwere Erkrankung eines Familienmitglieds	7
7	Ausbildung unterbrochen	6
62	Chronisch ohne Liebesbeziehung	4
105	Beginn von Spannungen mit den Eltern	4
53	Ende einer wichtigen asexuellen Freundschaft	3
67	Beginn einer Trennung v. Partner ohne Streit	3
71	Beginn von Spannungen mit dem Partner	3
107	Chronische Schwierigkeiten mit den Eltern	3
125	Ortswechsel auf eigenen Wunsch	3
18	Arbeitslosigkeit	2
19	Neue Arbeitsstelle im erlernten Beruf	2
55	Ende d. ersten Liebesbeziehung m. sex. Kontakt	2
57	Ende einer Liebesbeziehung	2
61	Vorübergehend ohne Liebesbeziehung	2
101	Auszug eines Familienmitgliedes mit Billigung des Befragten	2
123	Chron. Belastung durch Krankheit eines Familienmitgliedes	2
134	Verringerung des Freundeskreises	2
135	Chron. Kontaktschwierigkeiten	2
140	Abnahme an Freizeitaktivitäten	2
146	Mißerfolg bei gerichtlichen Belangen	2
1	Ausbildung begonnen/wiederaufgenommen	1
10	Klassenwechsel	1
14	Dem Befrgaten wird gekündigt	1
26	Größere Veränderung der Arbeitsbedingungen	1
41	Befürchtungen im beruflichen Bereich	1
63	Beginn sexueller Schwierigkeiten	1
64	Ende sexueller Schwierigkeiten	1
65	Chronisch bestehende sexuelle Schwierigkeiten	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Anorexia nervosa – Symptomverlaufsgruppe: niedrig

negativ bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
73	Chronische Spannungen mit dem Partner	1
98	Auszug aus dem Elternhaus mit Billigung der Eltern	1
108	Beginn v. Spanungen m. einem Fam.mitglied	1
110	Chronische Spannungen m. einem Fam.mitglied	1
116	Tod eines Elternteils	1
122	Chron. Belastungen d. Krankheit d. Befragten	1
126	Ortswechsel aufgr. äußerer zwing. Umstände	1
129	Einkommensverringerung	1
137	Verlust d. gewohnten Freundeskreises (äußere Umstände)	1
144	Verlust eines liebgewonnenen Haustieres	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Anorexia nervosa – Symptomverlaufsgruppe: niedrig

positiv bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
2	Ausbildung abgeschlossen	16
136	Vergrößerung des Freundeskreises	14
1	Ausbildung begonnen/wiederaufgenommen	12
54	Beginn d.ersten Liebesbeziehg. m.sex. Kontakt	10
56	Beginn einer anderen Liebesbeziehung	9
4	Zwischenprüfung bestanden	8
106	Abnahme von Spannungen mit den Eltern	8
125	Ortswechsel auf eigenen Wunsch	8
19	Neue Arbeitsstelle im erlernten Beruf	7
128	Einkommenserhöhung	7
98	Auszug aus dem Elternhaus m. Billigung d. Eltern	6
127	Wohungswechsel innerh. d. selben Ortes	6
141	Zunahme an Freizeitaktivitäten	6
12	Erst-/Wiederaufnahme des Berufes	5
45	Verlobung des Befragten	4
47	Heirat des Befragten	4
52	Beginn einer wichtigen asex. Freundschaft	4
64	Ende sexueller Schwierigkeiten	4
109	Ende von Spannungen m. einem Fam.mitglied	4
13	Befragte(r) kündigt Arbeitsplatz	3
26	Größere Veränderungen d. Arbeitsbedingungen	3
43	Abnahme von Spannungen am Arbeitsplatz	3
72	Ende von Spannungen mit dem Partner	3
74	Beginn einer erwünschten Schwangerschaft d. Befragte	3
78	Geburt eines Kindes durch Befragte	3
101	Auszug eines Fam.mitlgiedes m. Billigung d. Befragten	3
7	Ausbildung unterbrochen	2
8	Ausbildungsziel gewechselt	2
9	Sonstiges Ausbildungsereignis	2
10	Klassenwechsel	2

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Anorexia nervosa – Symptomverlaufsgruppe: niedrig

positiv bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
20	Neue Arbeitsstelle nicht im erlernten Beruf	2
22	Beförderung/größ. beruflicher Erfolg	2
71	Beginn von Spannungen mit dem Partner	2
124	Landeswechsel	2
132	Andere wichtige finanzielle Veränderungen	2
11	Wechsel der Ausbildungsstätte	1
18	Arbeitslosigkeit	1
39	Andere größ. berufl. Veränderungen d.Partners	1
42	Zunahme von Spannungen am Arbeitsplatz	1
48	Heirat einer nahestehenden Person	1
58	Beginn e. sex. Beziehung zusätzlich zu besteh. Ehe	1
59	Ende e. sex. Beziehung, d. zusätzl. zur Ehe bestand	1
63	Beginn sexueller Schwierigkeiten	1
68	Ende einer Trennung vom Partner	1
99	Auszug aus d. Elternhaus gegen d. Willen d. Eltern	1
102	Hinzukommen eines Fam.mitgliedes (neutral-beliebte Pers.)	1
105	Beginn von Spannungen mit den Eltern	1
117	Tod einer pers. nahestehenden Person	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Anorexia nervosa - **Symptomverlaufsgruppe: niedrig**

neutral bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
57	Ende einer Liebesbeziehung	2
101	Auszug e. Fam.mitglieds m. Billigung d. Befragten	2
11	Wechsel der Ausbildungsstätte	1
13	Befragte(r) kündigt Arbeitsplatz	1
17	Verlust d. Arbeitsplatzes aus anderen Gründen	1
43	Abnahme von Spannungen am Arbeitsplatz	1
47	Heirat des Befragten	1
48	Heirat einer nahestehenden Person	1
53	Ende einer wichtigen asex. Freudschaft	1
55	Ende d. ersten Liebesbeziehung m. sex. Kontakt	1
62	Chronisch ohne Liebesbeziehung	1
102	Hinzukommen eines Fam.mitgliedes (beliebt-neutral)	1
117	Tod eines pers. nahestehenden Menschen	1
127	Wohnungswechsel innerh. d. selben Ortes	1
130	Beginn/Zunahme von finanziellen Schwierigkeiten	1

Rangfolge der Freignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Anorexia nervosa – Symptomverlaufsgruppe: mittel

negativ bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
18	Arbeitslosigkeit	1
19	Neue Arbeitsstelle im erlernten Beruf	1
27	Vorgesetztenwechsel	1
33	Zunahme d. Gesamtarbeitsstunden (nicht U. 8 Std.)	1
41	Befürchtungen im beruflichen Bereich	1
53	Ende einer wichtigen asexuellen Freundschaft	1
59	Ende e. sex. Beziehung, d. zusätzlich zur Ehe bestand	1
73	Chronische Spannungen mit dem Partner	1
106	Ende von Spannungen mit den Eltern	1
110	Chronische Spannungen mit einem Fam.mitglied	1
119	Schwere Erkrankung eines Fam.mitgliedes	1
123	Chron. Belastung d. Krankheit e. Fam.mitgliedes	1
140	Abnahme an Freizeitaktivitäten	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Anorexia nervosa - **Symptomverlaufsgruppe: mittel**

positiv bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
56	Beginn einer anderen Liebesbeziehung	15
136	Vergrößerung des Freundeskreises	12
127	Wohnungswechsel innerh. d. selben Ortes	11
1	Ausbildung begonnen/wiederaufgenommen	8
2	Ausbildung abgeschlossen	7
20	Neue Arbeitsstelle nicht im erlernten Beruf	7
54	Beginn d. ersten Freundschaft mit sex. Kontakt	6
8	Ausbildungsziel gewechselt	5
125	Ortswechsel auf eigenen Wunsch	5
4	Zwischenprüfung bestanden	4
141	Zunahme an Freizeitaktivitäten	4
7	Ausbildung unterbrochen/abgebrochen	3
11	Wechsel der Ausbildungsstätte	2
12	Erst-/Wiederaufnahme des Berufes	2
22	Beförderung/größerer beruflicher Erfolg	2
45	Verlobung des Befragten	2
52	Beginn einer wichtigen asexuellen Freundschaft	2
109	Ende von Spannungen mit einem Fam.mitglied	2
128	Einkommenserhöhung	2
9	Sonstiges Ausbildungsereignis	1
10	Klassenwechsel	1
13	Befragte(r) kündigt Arbeitsplatz	1
14	Dem Befragten wird gekündigt	1
19	Neue Arbeitsstelle im erlernten Beruf	1
43	Abnahme von Spannunen am Arbeitsplatz	1
47	Heirat des Befragten	1
55	Ende d. ersten Freundschaft m. sex. Kontakt	1
58	Beginn einer sex. Beziehg. zusätzl. zur bestehenden Ehe	1
64	Ende sexueller Schwierigkeiten	1
68	Ende einer Trennung vom Partner	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Anorexia nervosa - Symptomverlaufsgruppe: mittel

positiv bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
97	Ende der Trennung von den Eltern	1
98	Auszug aus dem Elternhaus m. Billigung d. Eltern	1
99	Auszug aus dem Elternhaus gegen den Wunsch der Eltern	1
102	Hinzukommen eines Fam.mitgliedes (neutral-beliebt)	1
105	Beginn von Spannungen mit den Eltern	1
108	Beginn von Spannungen mit einem Fam.mitglied	1
112	Ende von Spannungen mit einem pers. nahesteh. Menschen	1
117	Tod eines pers. nahestehenden Menschen	1
143	Neues Haustier	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Anorexia nervosa - **Symptomverlaufsgruppe: mittel**

neutral bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
57	Ende einer Liebesbeziehung	3
118	Schwere Erkrankung des Befragten	2
4	Zwischenprüfung bestanden	1
7	Ausbildung unterbrochen/abgebrochen	1
13	Befragte(r) kündigt Arbeitsplatz	1
14	Dem Befragten wird gekündigt	1
19	Neue Arbeitsstelle im erlernten Beruft	1
20	Neue Arbeitsstelle nicht im erlernten Beruf	1
55	Ende d. ersten Liebesbeziehung m. sex. Kontakt	1
62	Chronisch ohne Liebesbeziehung	1
67	Beginn einer Trennung vom Partner ohne Streit	1
68	Ende einer Trennung vom Partner	1
100	Auszug eines Fam.mitglieds gegen den Wunsch des Befragten	1
117	Tod eines persönlich nahestehenden Menschen	1
124	Landeswechsel	1
127	Wohnungswechsel innerhalb d. selben Ortes	1
136	Vergrößerung des Freundeskreises	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Anorexia nervosa – **Symptomverlaufsgruppe:** hoch

negativ bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
71	Beginn von Spannungen mit dem Partner	3
63	Beginn von sexuellen Schwierigkeiten	2
105	Beginn von Spannungen mit den Eltern	2
118	Schwere Erkrankung des Befragten	2
129	Einkommensverringerung	2
14	Dem Befragten wird gekündigt	1
20	Neue Arbeitsstelle nicht im erlernten Beruf	1
26	Größere Veränderungen der Arbeitsbedingungen	1
27	Vorgesetztenwechsel	1
39	Andere größ. berufl. Veränderungen d. Partners	1
41	Befürchtungen im beruflichen Bereich	1
53	Ende einer wichtigen asexuellen Freundschaft	1
55	Ende d. ersten Liebesbeziehung m. sex. Kontakt	1
57	Ende einer Liebesbeziehung	1
62	Chronisch ohne Liebesbeziehung	1
102	Hinzukommen eines Fam.mitglieds (neutral-beliebt)	1
107	Chronsiche Schwierigkeiten mit den Eltern	1
119	Schwere ERkrankung eines Fam.mitglieds	1
127	Wohnungswechsel innerhalb d. selben Ortes	1
130	Beginn/Zunahme von finanziellen Belastungen	1
138	Isolation/Kein Freundeskreis	1
146	Mißerfolg bei gerichtlichen Belangen	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Anorexia nervosa - **Symptomverlaufsgruppe: hoch**

positiv bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
1	Ausbildung begonnen/wiederaufgenommen	2
2	Ausbildung abgeschlossen	2
109	Ende von Spannungen mit einem Fam.mitglied	2
136	Vergrößerung des Freundeskreises	2
7	Ausbildung unterbrochen/abgebrochen	1
20	Neue Arbeitsstelle nicht im erlernten Beruf	1
39	Andere größ. berufl. Veränderungen d. Partners	1
47	Heirat des Befragten	1
54	Beginn d. ersten Liebesbeziehung m.sex.Kontakt	1
56	Beginn einer anderen Liebesbeziehung	1
72	Ende von Spannungen mit dem Partner	1
98	Auszug aus dem Elternhaus mit Billigung der Eltern	1
127	Wohungswechsel innerhalb d. selben Ortes	1
128	Einkommenserhöhung	1
141	Zunahme an Freizeitaktivitäten	1
145	Erfolg bei gerichtlichen Belangen	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Anorexia nervosa – Symptomverlaufsgruppe: hoch

neutral bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
52	Beginn einer wichtigen asexuellen Freundschaft	1
63	Beginn sexueller Schwierigkeiten	1
85	Erfahren, daß Befragte keine Kinder bekommen kann	1
118	Schwere Erkrankung des Befragten	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Anorexia nervosa - **Symptomverlaufsgruppe: verbessert**

negativ bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
42	Zunahme von Spannungen am Arbeitsplatz	13
118	Schwere Erkrankung des Befragten	12
57	Ende einer Liebesbeziehung	11
117	Tod eines pers. nahestehenden Menschen	10
107	Chronische Schwierigkeiten mit den Eltern	6
7	Ausbildung unterbrochen/abgebrochen	5
119	Schwere Erkrankung eines Fam.mitglieds	5
125	Ortswechsel auf eigenen Wunsch	5
14	Dem Befragten wird gekündigt	4
53	Ende einer wichtigen asex. Freundschaft	4
55	Ende d. ersten Freundschaft mit sex. Kontakt	4
62	Chronsich ohne Liebesbeziehung	4
105	Beginn von Spannungen mit den Eltern	4
18	Arbeitslosigkeit	3
65	Chronisch bestehende sexuelle Schwierigkeiten	3
71	Beginn von Spannungen mit dem Partner	3
127	Wohnungswechsel innerhalb d. selben Ortes	3
134	Verringerung des Freundeskreises	3
10	Klassenwechsel	2
19	Neue Arbeitsstelle im erlernten Beruf	2
61	Vorübergehend ohne Liebesbeziehung	2
63	Beginn sexueller Schwierigkeiten	2
69	Beginn einer sexuellen Beziehung	2
72	Ende von Spannungen mit dem Partner	2
123	Chron. Belastung durch Krankheit eines Fam. mitglieds	2
129	Einkommensverringerung	2
135	Chronische Kontaktschwierigkeiten	2
138	Isolation/Kein Freundeskreis	2
140	Abnahme von Freizeitaktivitäten	2

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Anorexia nervosa – Symptomverlaufsgruppe: verbessert

negativ bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
1	Ausbildung begonnen/wiederaufgenommen	1
4	Zwischenprüfung bestanden	1
9	Sonstiges Ausbildungsereignis	1
13	Befragter kündigt Arbeitsplatz	1
27	Vorgesetztenwechsel	1
41	Befürchtungen im beruflichen Bereich	1
59	Ende e. sex. Beziehung,d. neben d. Ehe bestand	1
64	Ende von sexuellen Schwierigkeiten	1
67	Beginn einer Trennung vom Partner ohne Streit	1
97	Ende der Trennung von den Eltern	1
98	Auszug aus dem Elternhaus mit Billigung der Eltern	1
106	Abnahme von Spannungen mit den Eltern	1
108	Beginn von Spannungen mit einem Fam.mitglied	1
110	Chronische Spannungen mit einem Fam.mitglied	1
122	Chron. Belastungen d. Krankheit d. Befragten	1
126	Ortswechsel aufgr. äußerer zwingender Gründe	1
137	Verlust des Freundeskreises wegen äußeren Umständen	1
144	Verlust eines liebgewonnenen Haustieres	1
146	Mißerfolg bei gerichtlichen Belangen	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Anorexia nervosa – **Symptomverlaufsgruppe: verbessert**

positiv bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
56	Beginn einer anderen Liebesbeziehung	21
136	Vergrößerung des Freundeskreises	20
2	Ausbildung abgeschlossen	19
1	Ausbildung begonnen/wiederaufgenommen	16
127	Wohnungswechsel innerhalb d. selben Ortes	15
54	Beginn d. ersten Freundschaft m. sex. Kontakt	13
125	Ortswechsel auf eigenen Wunsch	11
128	Einkommenserhöhung	10
141	Zunahme an Freizeitaktivitäten	10
4	Zwischenprüfung bestanden	9
12	Erst-/Wiederaufnahme des Berufes	7
20	Neue Arbeitsstelle nicht im erlernten Beruf	7
19	Neue Arbeitsstelle im erlernten Beruf	6
52	Beginn einer wichtigen asexuellen Freundschaft	6
106	Abnahme von Spannungen mit den Eltern	6
64	Ende von sexuellen Schwierigkeiten	5
98	Auszug aus dem Elternhaus mit Billigung der Eltern	5
109	Ende von Spannungen mit einem Fam.mitglied	5
13	Befragte(r) kündigt Arbeitsplatz	4
45	Verlobung des Befragten	4
47	Heirat des Befragten	4
7	Ausbildung unterbrochen/abgebrochen	3
8	Ausbildungsziel gewechselt	3
9	Sonstiges Ausbildungsereignis	3
22	Beförderung/Größerer beruflicher Erfolg	3
26	Größere Veränderung d. Arbeitsbedingungen	3
43	Abnahme von Spannungen am Arbeitsplatz	3
74	Beginn einer erwünschten Schwangerschaft durch Befragte	3
78	Geburt eines Kindes durch Befragte	3

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Anorexia nervosa – Symptomverlaufsgruppe: verbessert

positiv bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
11	Wechsel der Ausbildungsstätte	2
68	Ende einer Trennung vom Partner	2
72	Ende von Spannungen mit dem Partner	2
99	Auszug aus dem Elternhaus gegen den Wunsch der Eltern	2
101	Auszug eines Fam.mitglieds mit Billigung d. Befragten	2
105	Beginn von Spannungen mit den Eltern	2
124	Landeswechsel	2
132	Andere wichtige finanz. Veränderungen	2
18	Arbeitslosigkeit	1
39	Andere größ. berufl. Veränderungen d. Partners	1
42	Zunahme von Spannungen am Arbeitsplatz	1
48	Heirat einer nahestehenden Person	1
55	Ende d. ersten Freundschaft mit sex. Kontakt	1
58	Beginn e. sex. Beziehung zusätzl. zur Ehe	1
63	Beginn von sexuellen Schwierigkeiten	1
97	Ende der Trennung von den Eltern	1
102	Hinzukommen eines Fam.mitglieds(neutral-beliebt)	1
108	Beginn von Spannungen mit einem Fam.mitglied	1
112	Ende von Spannungen m. e. nahesteh. Person	1
117	Tod eines pers. nahestehenden Menschen	1
145	Erfolg bei gerichtlichen Belangen	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Anorexia nervosa - **Symptomverlaufsgruppe: verbessert**

neutral bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
57	Ende einer Liebesbeziehung	5
13	Befragte(r) kündigt Arbeitsplatz	2
55	Ende d. ersten Freundschaft m. sex. Kontakt	2
118	Schwere Erkrankung des Befragten	2
127	Wohnungswechsel innerhalb d. selben Ortes	2
4	Zwischenprüfung bestanden	1
7	Ausbildung unterbrochen/abgebrochen	1
11	Wechsel der Ausbildungsstätte	1
14	Dem Befragten wird gekündigt	1
17	Verlust d. Arbeitsplatzes aus anderen Gründen	1
19	Neue Arbeitsstelle im erlernten Beruf	1
20	Neue Arbeitsstelle nicht im erlernten Beruf	1
47	Heirat des Befragten	1
48	Heirat einer nahestehenden Person	1
53	Ende einer wichtigen asex. Freundschaft	1
67	Beginn einer Trennung vom Partner ohne Streit	1
68	Ende einer Trennung vom Partner	1
100	Auszug eines Fam.mitgliedes geg. d. Wunsch d. Befragten	1
101	Auszug eines Fam.mitgliedes mit Billigung des Befragten	1
117	Tod eines nahestehenden Menschen	1
130	Beginn finanzieller Belastungen	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Anorexia nervosa - Symptomverlaufsgruppe: gleichbleibend

negativ bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
42	Zunahme von Spannungen am Arbeitsplatz	3
62	Chronisch ohne Liebesbeziehung	3
71	Beginn von Spannungen mit dem Partner	3
105	Beginn von Spannungen mit den Eltern	3
41	Befürchtungen im beruflichen Bereich	2
57	Ende einer Liebesbeziehung	2
63	Beginn sexueller Schwierigkeiten	2
67	Beginn einer Trennung vom Partner ohne Streit	2
101	Auszug eines Fam.mitgliedes mit Billigung des Befragten	2
117	Tod eines nahestehenden Menschen	2
118	Schwere Erkrankung des Befragten	2
119	Schwere Erkrankung eines Fam.mitgliedes	2
129	Einkommensverringerung	2
134	Verringerung des Freundeskreises	2
7	Ausbildung unterbrochen/abgebrochen	1
11	Wechsel der Ausbildungsstätte	1
19	Neue Arbeitsstelle im erlernten Beruf	1
26	Größere Veränderungen der Arbedingungen	1
33	Zunahme der Gesamtarbeitsstunden	1
53	Ende einer wichtigen asexuellen Freundschaft	1
55	Ende d. ersten Freundschaft m. sex. Kontakt	1
65	Chronisch bestehende sexuelle Schwierigkeiten	1
110	Chronische Spannungen mit einem Fam.mitglied	1
116	Tod eines Elternteils	1
123	Chronische Belastungen durch Krankheit e. Fam.mitgliedes	1
125	Ortswechsel auf eigenen Wunsch	1
135	Chronische Kontaktschwierigkeiten	1
138	Isolation/Kein Freundeskreis	1
142	Chronisch keine Freizeitaktivitäten	1
146	Mißerfolg bei gerichtlichen Belangen	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Anorexia nervosa - **Symptomverlaufsgruppe: gleichbleibend**

positiv bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
136	Vergrößerung des Freundeskreises	7
1	Ausbildung begonnen/wiederaufgenommen	5
2	Ausbildung abgeschlossen	4
56	Beginn einer anderen Liebesbeziehung	4
7	Ausbildung unterbrochen/abgebrochen	3
8	Ausbildungsziel gewechselt	3
98	Auszug aus dem Elternhaus mit Billigung der Eltern	3
10	Klassenwechsel	2
19	Neue Arbeitsstelle im erlernten Beruf	2
54	Beginn d. ersten Liebesbeziehung m.sex. Kontakt	2
71	Beginn von Spannungen mit dem Partner	2
106	Ende von Spannungen mit den Eltern	2
109	Ende von Spannungen mit einem Fam.mitglied	2
125	Ortswechsel auf eigenen Wunsch	2
127	Wohnungswechsel innerhalb d. selben Ortes	2
4	Zwischenprüfung bestanden	1
43	Abnahme von Spannungen am Arbeitsplatz	1
45	Verlobung des Befragten	1
58	Beginn e. sex. Beziehung zusätzl. zur Ehe	1
59	Ende e. sex. Beziehung, d. neben d. Ehe bestand	1
72	Ende von Spannungen m. dem Partner	1
101	Auszug eines Fam.mitgliedes mit Billigung d. Befragten	1
102	Hinzukommen e. Fam.mitgliedes (neutral-beliebt)	1
117	Tod eines pers. nahestehenden Menschen	1
141	Zunahme an Freizeitaktivitäten	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Anorexia nervosa – Symptomverlaufsgruppe: gleichbleibend

neutral bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
43	Abnahme von Spannungen am Arbeitsplatz	1
52	Beginn einer wichtigen asexuellen Freundschaft	1
62	Chronisch ohne Liebesbeziehung	1
101	Auszug eines Fam.mitgliedes m. Billigung d. Befragten	1
102	Hinzukommen e. Fam.mitgliedes (neutral-beliebt)	1
124	Landeswechsel	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Anorexia nervosa – **Symptomverlaufsgruppe: verschlechtert**

negativ bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
42	Zunahme von Spannungen am Arbeitsplatz	4
118	Schwere Erkrankung des Befragten	4
142	Chronsich keine Freizeitaktivitäten	3
34	Sonstige Veränderungen am Arbeitsplatz	2
62	Chronisch keine Liebesbeziehung	2
71	Beginn von starken Spannungen m. d. Partner	2
98	Auszug aus dem Elternhaus mit Billigung der Eltern	2
105	Beginn von Spannungen mit den Eltern	2
107	Chronische Schwierigkeiten mit den Eltern	2
119	Schwere Erkrankung eines Fam.mitglieds	2
135	Chronsiche Kontaktschwierigkeiten	2
138	Isolation/Kein Freundeskreis	2
5	Zwischenprüfung nicht bestanden	1
7	Ausbildung unterbrochen/abgebrochen	1
11	Wechsel der Ausbildungsstätte	1
14	Dem Befragten wird gekündigt	1
20	Neue Arbeitsstelle nicht im erlernten Beruf	1
26	Größere Veränderungen am Arbeitsplatz	1
27	Vorgesetztenwechsel	1
39	Andere größ. berufl. Veränderungen d. Partners	1
55	Ende d. ersten Liebesbeziehung m. sex. Kontakt	1
63	Beginn von sexuellen Schwierigkeiten	1
65	Chronisch bestehende sexuelle Schwierigkeiten	1
97	Ende der Trennung von den Eltern	1
102	Hinzukommen e. Fam.mitgliedes (neutral-beliebt)	1
127	Wohnungswechsel innerhalb d. selben Ortes	1
129	Einkommensverringerung	1
130	Beginn finanzieller Schwierigkeiten	1
134	Verringerung des Freundeskreises	1
140	Abnahme der Freizeitaktivitäten	1
146	Mißerfolg bei gerichtlichen Belangen	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Anorexia nervosa – Symptomverlaufsgruppe: verschlechtert

positiv bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
20	Neue Arbeitsstelle nicht im erlernten Beruf	3
2	Ausbidlung abgeschlossen	2
4	Zwischenprüfung bestanden	2
47	Heirat des Befragten	2
54	Beginn d. ersten Freundschaft m. sex. Kontakt	2
1	Ausbildung begonnen/wiederaufgenommen	1
8	Ausbildungsziel gewchselt	1
10	Klassenwechsel	1
11	Wechsel der Ausbildungsstätte	1
14	Dem Befragten wird gekündigt	1
22	Beförderung/Größerer beruflicher Erfolg	1
39	Andere größ. berufl. Veränderung d. Partners	1
45	Verlobung des Befragten	1
72	Ende von Spannungen mit dem Partner	1
109	Ende von Spannungen mit einem Fam.mitglied	1
127	Wohnungswechsel innerhalb d. selben Ortes	1
136	Vergrößerung des Freundeskreises	1
143	Neues Haustier	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Anorexia nervosa – Symptomverlaufsgruppe: verschlechtert

neutral bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
62	Chronisch ohne Liebesbeziehung	1
63	Beginn sexueller Schwierigkeiten	1
85	Befragte hat erfahren, daß sie kein Kind bekommen kann	1
117	Tod eines pers. nahestehenden Menschen	1
118	Schwere Erkrankung des Befragten	1
136	Vergrößerung d. Freundeskreises	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Zwangsneurose – Symptomverlaufsgruppe: niedrig

negativ bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
42	Zunahme von Spannungen am Arbeitsplatz	6
57	Ende einer Liebesbeziehung	6
71	Beginn von Spannungen mit dem Partner	6
119	Schwere Erkrankung eines Fam.mitgliedes	6
53	Ende einer wichtigen asexuellen Freundschaft	5
13	Befragte(r) kündigt Arbeitsplatz	4
14	Dem Befragten wird gekündigt	4
117	Tod eines pers. nahestehenden Menschen	4
118	Schwere Erkrankung des Befragten	4
18	Arbeitslosigkeit	3
62	Chronisch ohne Liebesbeziehung	3
65	Chronisch bestehende sexuelle Schwierigkeiten	3
105	Beginn von Spannungen mit den Eltern	3
20	Neue Arbeitsstelle nicht im erlernten Beruf	2
56	Beginn einer anderen Liebesbeziehung	2
63	Beginn von sexuellen Schwierigkeiten	2
73	Chronische Spannungen mit dem Partner	2
107	Chronische Schwierigkeiten mit den Eltern	2
130	Beginn von finanziellen Schwierigkeiten	2
135	Chronische Kontaktschwierigkeiten	2
1	Ausbildung begonnen/wiederaufgenommen	1
4	Zwischenprüfung bestanden	1
5	Zwischenprüfung nicht bestanden	1
7	Ausbildung unterbrochen/abgebrochen	1
19	Neue Arbeitsstelle im erlernten Beruf	1
35	Partner ist in Ruhestand gegangen	1
38	Ende der Berufstätigkeit des Partners	1
40	Enttäuschte Erwartungen im beruflichen Bereich	1
41	Befürchtungen im beruflichen Bereich	1
48	Heirat eines nahestehenden Menschen	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Zwangsneurose – Symptomverlaufsgruppe: niedrig

negativ bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
59	Ende einer sex. Beziehung, d. neben Ehe bestand	1
90	Auszug eines Kindes mit Billigung des Befragten	1
91	Auszug eines Kindes gegen den Wunsch des Befragten	1
93	Ende von Spannungen mit den Kindern	1
98	Auszug aus dem Elternhaus mit Billigung der Eltern	1
106	Ende von Spannungen mit den Eltern	1
116	Tod eines Elternteils	1
123	Chronische Belastung durch Krankheit eines Fam.mitgliedes	1
124	Landeswechsel	1
125	Ortswechsel auf eigenen Wunsch	1
129	Einkommensverringerung	1
133	Chronische finanzielle Belastungen	1
137	Verlust d. Freundeskreises aufgrund äußerer Umstände	1
138	Isolation/Kein Freundeskreis	1
140	Abnahme an Freizeitaktivitäten	1
146	Mißerfolg bei gerichtlichen Belangen	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Zwangsneurose – Symptomverlaufsgruppe: niedrig

positiv bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
20	Neue Arbeitsstelle nicht im erlernten Beruf	13
56	Beginn einer anderen Liebesbeziehung	11
128	Einkommenserhöhung	11
127	Wohnungswechsel innerhalb d. selben Ortes	9
141	Zunahme der Freizeitaktivitäten	9
2	Ausbildung abgeschlossen	7
136	Vergrößerung des Freundeskreises	7
26	Größere Veränderungen der Arbeitsbedingungen	6
19	Neue Arbeitsstelle im erlernten Beruf	5
52	Beginn einer wichtigen asexuellen Freundschaft	5
106	Ende von Spannungen mit den Eltern	5
1	Ausbildung begonnen/wiederaufgenommen	4
12	Erst-/Wiederaufnahme des Berufes	4
13	Befragte(r) kündigt Arbeitsplatz	3
54	Beginn d. ersten Freundschaft m. sex. Kontakt	3
58	Beginn einer sex. Beziehung zusätzl. zur Ehe	3
64	Ende von sexuellen Schwierigkeiten	3
9	Sonstiges Ausbildungsereignis	2
22	Beförderung/Größerer beruflicher Erfolg	2
27	Vorgesetztenwechsel	2
34	Sonstige Veränderungen am Arbeitsplatz	2
38	Ende der Berufstätigkeit des Partners	2
43	Abnahme von Spannungen am Arbeitsplatz	2
57	Ende einer Liebesbeziehung	2
66	Beginn einer Trennung v. Partner aufgr. v. Streit	2
75	Beginn e. erwünsch. Schwangerschaft d. Partnerin	2
109	Ende von Spannungen mit einem Fam.mitglied	2
124	Landeswechsel	2
125	Ortswechsel auf eigenen Wunsch	2
126	Ortswechsel aufgr. äußerer zwingender Umstände	2

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Zwangsneurose - **Symptomverlaufsgruppe: niedrig**

positiv bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
131	Ende von finanziellen Schwierigkeiten	2
4	Zwischenprüfung bestanden	1
7	Ausbildung unterbrochen/abgebrochen	1
10	Klassenwechsel	1
11	Wechsel der Ausbildungsstätte	1
18	Arbeitslosigkeit	1
24	Landeswechsel	1
25	Ortswechsel auf eigenen Wunsch	1
33	Zunahme der Gesamtarbeitsstunden	1
47	Heirat des Befragten	1
53	Ende einer wichtigen asexuellen Freundschaft	1
55	Ende der ersten Liebesbeziehung	1
63	Beginn von sexuellen Schwierigkeiten	1
68	Ende einer Trennung vom Partner	1
72	Ende von Spannungen mit dem Partner	1
90	Auszug eines Kindes mit Billigung des Befragten	1
93	Ende von Spannungen mit den Kindern	1
101	Auszug eines Fam.mitgliedes mit Billigung des Befragten	1
102	Hinzukommen eines Fam.mitgliedes(neutral-beliebt)	1
103	Hinzukommen eines Fam.mitgliedes (unbeliebt)	1
121	Genesung eines Fam.mitgliedes	1
146	Mißerfolg bei gerichtlichen Belangen	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Zwangsneurose - Symptomverlaufsgruppe: niedrig

neutral bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
13	Befragte(r) kündigt Arbeitsplatz	5
130	Beginn finazieller Schwierigkeiten	4
57	Ende einer Liebesbeziehung	3
19	Neue Arbeitsstelle im erlernten Beruf	2
26	Größere Veränderungen der Arbeitsbedingungen	2
38	Ende d. Berufstätigkeit des Partners	2
55	Ende d. ersten Liebesbeziheung m. sex. Kontakt	2
1	Ausbildung begonnen/wiederaufgenommen	1
62	Chronisch ohne Liebesbeziehung	1
101	Auszug eines Fam.mitgliedes m. Billigung des Befragten	1
102	Hinzukommen eines Fam.mitgliedes (neutral-beliebt)	1
119	Schwere Erkrankung eines Fam.mitligedes	1
129	Einkommensverringerung	1
134	Verringerung des Freundeskreises	1
138	Isolation/Kein Freundeskreis	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Zwangsneurose - Symptomverlaufsgruppe: mittel

negativ bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
18	Arbeitslosigkeit	12
42	Beginn von Spannungen am Arbeitsplatz	10
119	Schwere Erkrankung eines Fam.mitligedes	10
135	Chronische Kontaktschwierigkeiten	10
71	Beginn von Spannungen mit dem Partner	8
26	Größere Veränderungen der Arbeitsbedingungen	7
62	Chronisch ohne Liebesbeziehung	7
57	Ende einer Liebesbeziehung	6
39	Andere größere berufl. Veränderungen b. Partner	5
41	Befürchtungen im beruflichen Bereich	5
65	Chronisch bestehenden sexuelle Schwierigkeiten	5
66	Beginn einer Trennung vom Partner aufgr. v. Streit	5
73	Chronische Spannungen mit dem Partner	5
23	Berufliches Versagen/Erwartete Beförderung nicht eingetreten	4
110	Chronische Spannungen mit einem Fam.mitglied	4
117	Tod eines pers. nahestehenden Menschen	4
123	Chronische Belastung durch Krankheit eines Fam.mitgliedes	4
130	Beginn von finanziellen Schwierigkeiten	4
59	Ende einer sex. Beziehung, d. neben d. Ehe bestand	3
94	Chronische Schwierigkeiten mit den Kindern	3
116	Tod eines Elternteils	3
118	Schwere Erkrankung des Befragten	3
129	Einkommensverringerung	3
11	Wechsel der Ausbildungsstätte	2
13	Befragter kündigt Arbeitsplatz	2
19	Neue Arbeitsstelle im erlernten Beruf	2
37	Beginn einer Berufstätigkeit des Partners	2
44	Chronische Schwierigkeiten am Arbeitsplatz	2
53	Ende einer wichtigen asexuellen Freundschaft	2
61	Vorübergehend ohne Liebesbeziehung	2
63	Beginn sexueller Schwierigkeiten	2

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Zwangsneurose - Symptomverlaufsgruppe: mittel

negativ bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
92	Beginn von Spannungen mit den Kindern	2
111	Beginn v. Spannungen m. Verwandten	2
127	Wohnungswechsel innerhalb d. selben Ortes	2
142	Chronisch keine Freizeitaktivitäten	2
3	Abschlußziel nicht erreicht	1
5	Zwischenprüfung nicht bestanden	1
7	Ausbildung unterbrochen/abgebrochen	1
8	Ausbildungsziel gewechselt	1
12	Erst-/Wiederaufnahme des Berufes	1
14	Dem Befragten wird gekündigt	1
20	Neue Arbeitsstelle nicht im erlernten Beruf	1
25	Abnahme des Aufgabenbereiches	1
34	Sonstige Veränderungen am Arbeitsplatz	1
49	Scheidung des Befragten	1
52	Beginn einer wichtigen asexuellen Freundschaft	1
72	Ende von Spannungen mit dem Partner	1
88	Beginn einer Trennung v. d. Kindern ohne Streit	1
95	Beginn einer Trennung vom Elternhaus m. Billigung der Eltern	1
97	Ende der Trennung von den Eltern	1
98	Auszug aus dem Elternhaus mit Billigung der Eltern	1
102	Hinzukommen eines Fam.mitgliedes(neutral-beliebt)	1
105	Beginn von Spannungen mit den Eltern	1
107	Chronische Schwierigkeiten mit den Eltern	1
113	Chronische Spannungen mit Verwandten	1
115	Tod eines Kindes	1
122	Chron. Belastung d. Krankheit d. Befragten	1
125	Ortswechsel auf eigenen Wunsch	1
133	Chronische finanzielle Belastungen	1
134	Verringerung des Freundeskreises	1
138	Isolation/Kein Freundeskreis	1
140	Abnahme an Freizeitaktivitäten	1
146	Mißerfolg bei gerichtlichen Belangen	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Zwangsneurose – Symptomverlaufsgruppe: mittel

positiv bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
141	Zunahme der Freizeitaktivitäten	10
56	Beginn einer anderen Liebesbeziehung	8
136	Vergrößerung des Freundeskreises	8
127	Wohnungswechsel innerhalb d. selben Ortes	7
52	Beginn einer wichtigen asexuellen Freundschaft	6
128	Einkommenserhöhung	6
12	Erst-/Wiederaufnahme des Berufes	5
26	Größere Veränderungen der Arbeitsbedingungen	5
58	Beginn einer sex. Beziehung zusätzl. zur Ehe	5
64	Ende sexueller Schwierigkeiten	5
1	Ausbildung begonnen/wiederaufgenommen	4
2	Ausbildung abgeschlossen	3
4	Zwischenprüfung bestanden	3
9	Sonstiges Ausbildungsereignis	3
13	Befragte(r) kündigt Arbeitsplatz	3
24	Zunahme des Aufgabenbereiches	3
43	Abnahme von Spannungen am Arbeitsplatz	3
109	Abnahme von Spannungen mit einem Fam.mitglied	3
125	Ortswechsel auf eigenen Wunsch	3
131	Ende finanzieller Schwierigkeiten	3
19	Neue Arbeitsstelle im erlernten Beruf	2
39	Andere größere berufl. Veränderungen b. Partner	2
60	Anderes Ereignis im Zusammenhang m. e. Liebesbeziehg.	2
68	Ende einer Trennung vom Partner	2
101	Auszug eines Fam.mitgliedes mit Billigung d. Befragten	2
7	Ausbildung unterbrochen/abgebrochen	1
11	Wechsel der Ausbildungsstätte	1
17	Verlust d. Arbeitsplatzes aus anderen Gründen	1
20	Neue Arbeitsstelle nicht im erlernten Beruf	1
22	Beförderung/Größerer beruflicher Erfolg	1
27	Vorgesetztenwechsel	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Zwangsneurose – Symptomverlaufsgruppe: mittel

positiv bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
33	Zunahme d. Gesamtarbeitsstunden (nicht ü. 8 Std.)	1
49	Scheidung des Befragten	1
53	Ende einer wichtigen asexuellen Beziehung	1
54	Beginn d. ersten Freundschaft m. sex. Kontakt	1
55	Ende d. ersten Freundschaft mit sex. Kontakt	1
72	Ende der Spannungen mit dem Partner	1
74	Beginn einer erwünschten Schwangerschaft durch Befragte	1
79	Geburt eines Kindes durch Partnerin	1
93	Ende von Spannungen mit den Kindern	1
95	Beginn einer Trennung vom Elternhaus mit Billigung der Eltern	1
98	Auszug aus dem Elternhaus mit Billigung der Eltern	1
105	Zunahme von Spannungen mit den Eltern	1
106	Ende der Spannungen mit den Eltern	1
116	Tod eines Elternteils	1
126	Ortswechsel aufgr. äußerer zwingender Gründe	1
132	Andere wichtige finanzielle Veränderungen	1
134	Verringerung des Freundeskreises	1
140	Abnahme von Freizeitaktivitäten	1
145	Mißerfolg bei gerichtlichen Belangen	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Zwangsneurose – Symptomverlaufsgruppe: mittel

neutral bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
53	Ende einer wichtigen asexuellen Freundschaft	3
30	Beginn von Überstunden	2
52	Beginn einer wichtigen asexuellen Freundschaft	2
59	Ende einer sex. Beziehung, d. neben d. Ehe bestand	2
105	Beginn von Spannungen mit den Eltern	2
117	Tod eines pers. nahestehenden Menschen	2
118	Schwere Erkrankung des Befragten	2
130	Beginn von finanziellen Belastungen	2
5	Zwischenprüfung nicht bestanden	1
6	Prüfung/Abschluß verschoben	1
19	Neue Arbeitsstelle im erlernten Beruf	1
26	Größere Veränderungen der Arbeitsbedingungen	1
27	Vorgesetztenwechsel	1
58	Beginn e. sex. Beziehung zusätzl. zur Ehe	1
62	Chronisch ohne Liebesbeziehung	1
71	Beginn starker Spannungen mit dem Partner	1
97	Ende der Trennung von den Eltern	1
116	Tod eines Elternteils	1
125	Ortswechsel auf eigenen Wunsch	1
129	Einkommensverringerung	1
142	Chronisch keine Freizeitaktivitäten	1
146	Mißerfolg bei gerichtlichen Belangen	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Zwangsneurose - Symptomverlaufsgruppe: hoch

negativ bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
63	Beginn sexueller Schwierigkeiten	7
73	Chronische Spannungen mit dem Partner	7
119	Schwere Erkrankung eines Fam.mitgliedes	7
65	Chronisch bestehende sexuelle Schwierigkeiten	6
138	Isolation/Kein Freundeskreis	6
42	Beginn von Spannungen am Arbeitsplatz	5
20	Neue Stelle nicht im erlernten Beruf	4
53	Ende einer wichtigen asexuellen Freundschaft	4
107	Chronische Spannungen mit den Eltern	4
140	Abnahme von Freizeitaktivitäten	4
142	Chronisch keine Freizeitaktivitäten	4
62	Chronisch ohne Liebesbeziehung	3
95	Beginn einer Trennung vom Elternhaus mit Billigung der Eltern	3
97	Ende der Trennung von den Eltern	3
118	Schwere Erkrankung des Befragten	3
123	Chronsiche Belastung durch Krankheit eines Fam.mitgliedes	3
26	Größere Veränderungen der Arbeitsbedingungen	2
27	Vorgesetztenwechsel	2
43	Abnahme der Spannungen am Arbeitsplatz	2
44	Chronische Schwierigkeiten am Arbeitsplatz	2
92	Beginn von Spannungen mit den Kindern	2
98	Auszug aus dem Elternhaus mit Billigung der Eltern	2
105	Beginn von Spannungen mit den Eltern	2
116	Tod eines Elternteils	2
130	Beginn von finanziellen Schwierigkeiten	2
133	Chronische finanzielle Belastungen	2
134	Verringerung des Freundeskreises	2
1	Ausbildung begonnen/wiederaufgenommen	1
11	Wechsel der Ausbildungsstätte	1
13	Befragte(r) kündigt Arbeitsplatz	1
14	Dem Befragten wird gekündigt	1
17	Verlust des Arbeitsplatzes aus anderen Gründen	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Zwangsneurose - Symptomverlaufsgruppe: hoch

negativ bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
18	Arbeitslosigkeit	1
39	Andere größere berufl. Veränderungen b. Partner	1
59	Ende einer sex. Beziehg., d. neben Ehe bestand	1
61	Vorübergehend ohne Liebesbeziehung	1
64	Ende sexueller Schwierigkeiten	1
66	Beginn einer Trennung v. Partner aufgr. v. Streit	1
71	Beginn von Spannungen mit dem Partner	1
72	Ende der Spannungen mit dem Partner	1
101	Auszug eines Fam.mitgliedes mit Billigung des Befragten	1
106	Ende der Spannungen mit den Eltern	1
108	Beginn von Spannungen mit einem Fam.mitglied	1
110	Chronische Schwierigkeiten mit einem Fam.mitglied	1
117	Tod eines pers. nahestehenden Menschen	1
146	Mißerfolg bei gerichtlichen Belangen	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Zwangsneurose – Symptomverlaufsgruppe: hoch

positiv bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
52	Beginn einer wichtigen asexuellen Freundschaft	5
18	Arbeitslosigkeit	4
13	Befragte(r) kündigt Arbeitsplatz	3
20	Neue Arbeitsstelle nicht im erlernten Beruf	3
26	Größere Veränderungen der Arbeitsbedingungen	3
39	Andere größere berufl. Veränderung b. Partner	3
125	Ortswechsel auf eigenen Wunsch	3
128	Einkommenserhöhung	3
141	Zunahme an Freizeitaktivitäten	3
12	Erst-/Wiederaufnahme des Berufes	2
22	Beförderung/Größerer beruflicher Erfolg	2
47	Heirat des Befragten	2
64	Ende sexueller Schwierigkeiten	2
98	Auszug aus dem Elternhaus mit Billigung der Eltern	2
109	Ende der Spannungen mit einem Fam.mitglied	2
117	Tod eines pers. nahestehenden Menschen	2
127	Wohnungswechsel innerhalb d. selben Ortes	2
136	Vergrößerung des Freundeskreises	2
145	Erfolg bei gerichtlichen Belangen	2
14	Dem Befragten wird gekündigt	1
49	Scheidung des Befragten	1
54	Beginn d. ersten Freundschaft m. sex. Kontakt	1
56	Beginn einer anderen Liebesbeziehung	1
58	Beginn einer sex. Beziehg. zusätzl. zur Ehe	1
60	Anderes Ereignis im Zusammenhang mit einer Liebesbeziehung	1
63	Beginn sexueller Schwierigkeiten	1
66	Beginn einer Trennung v. Partner aufgr. v. Streit	1
68	Ende einer Trennung vom Partner	1
97	Ende der Trennung von den Eltern	1
101	Auszug eines Fam.mitgliedes mit Billigung des Befragten	1
106	Ende der Spannungen mit den Eltern	1
112	Ende der Spannungen mit einem Verwandten (o. nahesteh. Menschen)	1
118	Schwere Erkrankung des Befragten	1
135	Chronische Kontaktschwierigkeiten	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Zwangsneurose – Symptomverlaufsgruppe: hoch

neutral bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
13	Befragte(r) kündigt Arbeitsplatz	1
14	Dem Befragten wird gekündigt	1
39	Andere größere berufl. Veränderungen b. Partner	1
49	Scheidung des Befragten	1
61	Vorübergehend ohne Liebesbeziehung	1
62	Chronisch ohne Liebesbeziehung	1
107	Chronische Schwierigkeiten mit den Eltern	1
110	Chronische Schwierigkeiten mit einem Fam.mitglied	1
117	Tod eines pers. nahestehenden Menschen	1
118	Schwere Erkrankung des Befragten	1
119	Schwere Erkrnakung eines Fam.mitgliedes	1
130	Beginn von finanziellen Schwierigkeiten	1
135	Chronische Kontaktschwierigkeiten	1
140	Abnahme von Freizeitaktivitäten	1
142	Chronisch keine Freizeitaktivitäten	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Zwangsneurose – Symptomverlaufsgruppe: verbessert

negativ bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
119	Schwere ERkrankung eines Fam.mitgliedes	16
42	Beginn von Spannungen am Arbeitsplatz	13
57	Ende einer Liebesbeziehung	8
71	Beginn von Spannungen mit dem Partner	8
73	Chronische Spannungen mit dem Partner	8
117	Tod eines pers. nahestehenden Menschen	7
65	Chronische sexuelle Schwierigkeiten	7
130	Beginn finanzieller Schwierigketien	6
14	Dem Befragten wurde gekündigt	5
18	Arbeitslosigkeit	5
53	Ende einer wichtigen asexuellen Freundschaft	5
62	Chronisch ohne Liebesbeziehung	5
63	Beginn sexueller Schwierigkeiten	5
107	Chronische Schwierigkeiten mit den Eltern	5
110	Chron. Spannungen mit e. Fam.mitglied	5
118	Schwere Erkrankung des Befragten	5
135	Chronische Kontaktschwierigkeiten	5
13	Befragte(r) kündigt Arbeitsplatz	4
20	Neue Arbeitsstelle nicht im erlernten Beruf	4
66	Beginn einer Trennung vom Partner aufgr. von Streit	4
123	Chron. Belastung d. Erkrankg. e. Fam.mitgliedes	4
26	Größere Veränderungen der Arbeitsbedingungen	3
59	Ende e. sex. Beziehung, d. neben Ehe bestand	3
138	Isolation/Kein Freundeskreis	3
142	Chronisch keine Freizeitaktivitäten	3
146	Mißerfolg bei gerichtlichen Belangen	3
1	Ausbildung begonnen/wiederaufgenommen	2
7	Ausbildung unterbrochen/abgebrochen	2
27	Vorgesetzten wechsel	2
39	Andere größ. berufl. Veränderung b. Partner	2
43	Abnahme von Spannungen am Arbeitsplatz	2

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Zwangsneurose – Symptomverlaufsgruppe: verbessert

negativ bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
44	Chronsiche Schwierigkeiten am Arbeitsplatz	2
56	Beginn einer Anderen Liebesbeziehung	2
61	Vorübergehend ohne Liebesbeziehung	2
92	Zunahme von Spannungen mit den Kindern	2
94	Chronische Schwierigkeiten mit den Kindern	2
105	Beginn von Spannungen mit den Eltern	2
106	Ende von Spannungen mit den Eltern	2
116	Tod eines Elternteils	2
134	Verringerung des Freundeskreises	2
4	Zwischenprüfung bestanden	1
5	Zwischenprüfung nicht bestanden	1
8	Ausbildungsziel gewechselt	1
11	Wechsel der Ausbildungsstätte	1
12	Erst-/Wiederaufnahme des Berufes	1
19	Neue Arbeitsstelle im erlernten Beruf	1
34	Sonstige Veränderungen am Arbeitsplatz	1
37	Beginn einer Berufstätigkeit des Partners	1
40	Enttäuschte Erwartungen im berufl. Bereich	1
41	Befürchtungen im berufl. Bereich	1
72	Ende von Spannungen mit dem Partner	1
88	Beginn einer Trennung v. d. Kindern ohne Streit	1
90	Auszug eines Kindes mit Billigung d. Befragten	1
93	Ende von Spannungen mit den Kindern	1
111	Beginn von Spannungen mit nahesteh. Menschen	1
129	Einkommensverringerung	1
133	Chronische finanzielle Schwierigkeiten	1
137	Verlust d. Freundeskreises aufgr. äußer. Umstände	1
140	Abnahme der Freizeitaktivitäten	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Zwangsneurose – Symptomverlaufsgruppe: verbessert

positiv bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
20	Neue Arbeitsstelle nicht im erlernten Beruf	14
56	Beginn einer anderen Liebesbeziehung	14
128	Einkommenserhöhung	14
141	Zunahme an Freizeitaktivitäten	14
26	Größere Veränderungen der Arbeitsbedingungen	12
136	Vergrößerung des Freundeskreises	12
52	Beginn einer wichtigen asexuellen Freundschaft	9
127	Wohnungswechsel innerhalb d. selben Ortes	9
12	Erst-/Wiederaufnahme des Berufes	8
64	Ende sexueller Schwierigkeiten	8
13	Befragte(r) kündigt Arbeitsplatz	7
1	Ausbildung begonnen/wiederaufgenommen	6
2	Ausbildung abgeschlossen	6
58	Beginn e. sex. Beziehung zusätzlich zur Ehe	6
106	Ende der Spannungen mit den Eltern	5
109	Ende von Spannungen m. einem Fam.mitglied	5
125	Ortswechsel auf eigenen Wunsch	5
4	Zwischenprüfung bestanden	4
9	Sonstiges Ausbildungsereignis	4
18	Arbeitslosigkeit	4
19	Neue Arbeitsstelle im erlernten Beruf	3
22	Beförderung/Größ. beruflicher Erfolg	3
24	Landeswechsel	3
27	Vorgesetztenwechsel	3
39	Andere berufl. Veränderungen b. Partner	3
54	Beginn d. ersten Freundschaft m. sex. Kontakt	3
60	Anderes Ereignis i. Zusammenh. m. Liebesbeziehung	3
66	Beginn e. Trennung v. Partner aufgr. v. Streit	3
33	Zunahme der Arbeitsstunden (nicht ü. 8 Std.)	2
43	Ende von Spannungen am Arbeitsplatz	2

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Zwangsneurose - Symptomverlaufsgruppe: verbessert

positiv bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
49	Scheidung des Befragten	2
55	Ende d. ersten Freundschaft m. sex. Kontakt	2
57	Ende einer Liebesbeziehung	2
68	Ende einer Trennung vom Partner	2
98	Auszug aus dem Elternhaus mit Billigung der Eltern	2
101	Auszug e. Fam.mitgliedes m. Billigung d. Befragten	2
126	Ortswechsel aufgrund äußerer zwingender Gründe	2
131	Ende von finanziellen Schwierigkeiten	2
145	Erfolg bei gerichtlichen Belangen	2
7	Ausbildung unterbrochen/abgebrochen	1
11	Wechsel der Ausbildungsstätte	1
14	Dem Befragten wird gekündigt	1
25	Abnahme des Aufgabenbereiches	1
34	Sonstige Veränderungen am Arbeitsplatz	1
38	Ende d. Berufstätigkeit d. Partners	1
47	Heirat des Befragten	1
53	Ende einer wichtigen asexuellen Freundschaft	1
63	Zunahme von sexuellen Schwierigkeiten	1
72	Ende von Spannungen mit dem Partner	1
79	Geburt eines Kindes durch Partnerin	1
93	Ende von Spannungen mit den Kindern	1
102	Hinzukommen e. Fam.mitgliedes(neutral-beliebt)	1
103	Hinzukommen e. Fam.mitgliedes (unbeliebt)	1
105	Beginn von Spannungen mit den Eltern	1
117	Tod eines pers. nahestehenden Menschen	1
118	Schwere Erkrankung des Befragten	1
132	Andere wichtige finanzielle Veränderungen	1
135	Chronische Kontaktschwierigkeiten	1
146	Mißerfolg bei gerichtlichen Belangen	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Zwangsneurose - Symptomverlaufsgruppe: verbessert

neutral bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
130	Zunahme von finanziellen Belastungen	5
13	Befragte(r) kündigt Arbeitsplatz	3
53	Ende einer wichtigen asexuellen Freundschaft	2
57	Ende einer Liebesbeziehung	2
62	Chronisch ohne Liebesbeziehung	2
117	Tod eines pers. nahestehenden Menschen	2
129	Einkommensverringerung	2
6	Prüfung verschoben	1
14	Dem Befragten wird gekündigt	1
19	Neue Arbeitsstelle im erlernten Beruf	1
49	Scheidung des Befragten	1
52	Beginn einer wichtigen asexuellen Freundschaft	1
55	Ende d. ersten Freundschaft mit sexuellem Kontakt	1
58	Beginn einer sex. Beziehung zusätzl. zur Ehe	1
105	Beginn von Spannungen mit den Eltern	1
107	Chronische Spannungen mit den Eltern	1
110	Chronische Spannungen mit einem Fam.mitglied	1
118	Schwere Erkrankung des Befragten	1
125	Ortswechsel auf eigenen Wunsch	1
134	Verringerung des Freundeskreises	1
142	Chronisch keine Freizeitaktivitäten	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Zwangsneurose - Symptomverlaufsgruppe: gleichbleibend

negativ bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
18	Arbeitslosigkeit	11
62	Chron. ohne Liebesbeziehung	6
135	Chronische Kontaktschwierigkeiten	5
23	Berufl. Versagen/Keine erwartete Beförderung	4
53	Ende einer wichtigen asexuellen Beziehung	4
57	Ende einer Liebesbeziehung	4
119	Schwere Erkrankung eines Fam.mitgliedes	4
41	Befürchtungen im berufl. Bereich	3
73	Chronische Spannungen mit dem Partner	3
105	Beginn von Spannungen mit den Eltern	3
118	Schwere Erkrankung des Befragten	3
11	Wechsel der Ausbildungsstätte	2
13	Befragte(r) kündigt Arbeitsplatz	2
42	Zunahme der Spannungen am Arbeitsplatz	2
71	Beginn von starken Spannungen mit dem Partner	2
92	Beginn von Spanungen mit den Kindern	2
98	Auszug aus dem Elternhaus mit Billigung der Eltern	2
107	Chronische Schwierigkeiten mit den Eltern	2
123	Chronische Belastungen d. Krankheit e. Fam.mitglieds	2
125	Ortswechsel auf eigenen Wunsch	2
127	Wohnungswechsel innerhalb d. selben Ortes	2
140	Abnahme an Freizeitaktivitäten	2
3	Abschlußziel nicht erreicht	1
5	Zwischenprüfung nicht erreicht	1
19	Neue Arbeitsstelle im erlernten Beruf	1
25	Abnahme des Aufgabenbereiches	1
26	Größere Veränderung der Arbeitsbedingungen	1
38	Ende d. Berufstätigkeit des Partners	1
44	Chronische Schwierigkeiten am Arbeitsplatz	1
48	Heirat eines nahestehenden Menschen	1
49	Scheidung des Befragten	1
52	Beginn einer wichtigen asexuellen Freundschaft	1
61	Vorübergehend ohne Liebesbeziehung	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Zwangsneurose - Symptomverlaufsgruppe: gleichbleibend

negativ bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
63	Zunahme von sexuellen Schwierigkeiten	1
65	Chronisch bestehende sexuelle Schwierigkeiten	1
66	Beginn e. Trennung v. Partner aufgr. v. Streit	1
72	Ende von Spannungen mit dem Partner	1
94	Chronische Schwierigkeiten mit Kindern	1
95	Beginn einer Trennung v. Elternhaus m. Billigung d. Eltern	1
97	Ende der Trennung von den Eltern	1
101	Auszug eines Fam.mitgliedes m. Billigung d. Befragten	1
111	Beginn v. Spannungen m. e. nahestehenden Person	1
113	Chron. Schwierigkeiten m. e. nahesteh. Person	1
115	Tod des Kindes	1
117	Tod eines pers. nahestehenden Menschen	1
122	Chronische Belastungen durch Krankheit d. Befragten	1
124	Landeswechsel	1
129	Einkommensverringerung	1
130	Beginn finanzieller Belastungen	1
133	Chronische finanzielle Belastungen	1
138	Isolation/Kein Freundeskreis	1
142	Chronisch keine Freizeitaktivitäten	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Zwangsneurose – Symptomverlaufsgruppe: gleichbleibend

positiv bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
56	Beginn einer anderen Liebesbeziehung	6
127	Wohnungswechsel innerhalb d. selben Ortes	6
141	Zunahme an Freizeitaktivitäten	6
136	Zunahme des Freundeskreises	5
2	Ausbildung abgeschlossen	4
19	Neue Arbeitsstelle im erlernten Beruf	4
52	Beginn einer wichtigen asexuellen Freundschaft	4
12	Erst-/Wiederaufnahme des Berufes	2
26	Größere Veränderung der Arbeitsbedingungen	2
43	Abnahme von Spannungen am Arbeitsplatz	2
64	Ende sexueller Schwierigkeiten	2
75	Beginn einer erwünschten Schwangerschaft durch Partnerin	2
78	Geburt eines Kindes durch bEfragte	2
106	Abnahme von Spannungen mit den Eltern	2
109	Ende v. Sapnnungen m. einem Fam.mitglied	2
124	Landeswechsel	2
125	Ortswechsel.auf eigenen Wunsch	2
7	Ausbildung unterbrochen/abgebrochen	1
9	Sonstiges Ausbildungsereignis	1
10	Klassenwechsel	1
11	Wechsel der Ausbidlungsstätte	1
17	Aufgabe d. Arbeitsplatzes aus anderen Gründen	1
22	Beförderung/Größerer beruflicher Erfolg	1
34	Sonstige Veränderungen am Arbeitsplatz	1
38	Ende d. Berufstätigkeit d. Partners	1
47	Heirat des Befragten	1
53	Ende einer wichtigen asexuellen Freundschaft	1
54	Beginn d. ersten Liebesbeziehung m.sex.Kontakt	1
68	Ende einer Trennung vom Partner	1
72	Ende von Spannungen mit dem Partner	1
74	Beginn einer erwünschten Schwangerschaft durch Befragte	1
95	Beginn einer Trennung v. Elternhaus m.Billig. d. Eltern	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Zwangsneurose - Symptomverlaufsgruppe: gleichbleibend

positiv bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
101	Auszug e. Fam.mitglieds mit Billigung d. Befragten	1
116	Tod eines Elternteils	1
117	Tod eines pers. nahestehenden Menschen	1
121	Genesung eines Fam.mitgliedes	1
126	Ortswechsel aufgr. äußerer zwingender Gründe	1
128	Einkommenserhöhung	1
131	Ende von finanziellen Belastungen	1
140	Abnahme an Freizeitaktivitäten	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Zwangsneurose – Symptomverlaufsgruppe: gleichbleibend

neutral bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
26	Größere Veränderungen der Arbeitsbedingungen	3
19	Neue Arbietsstelle im erlernten Beruf	2
130	Beginn finanzieller Schwierigkeiten	2
1	Ausbildung begonnen/wiederaufgenommen	1
5	Zwischenprüfung nicht bestanden	1
13	Befragte(r) kündigt Arbeitsplatz	1
30	Beginn von Überstunden	1
38	Ende d. Berufstätigkeit d. Partners	1
55	Ende d. ersten Liebesbeziehung m. sex. Kontakt	1
57	Ende einer Liebesbeziehung	1
71	Beginn von Spannungen mit dem Partner	1
97	Ende der Trennung von den Eltern	1
101	Auszug eines Fam.mitgliedes mit Billigung d. Befragten	1
116	Tod eines Elternteils	1
119	Schwere Erkrankung eines Fam.mitgliedes	1
138	Isolation/Kein Freundeskreis	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Zwangsneurose – Symptomverlaufsgruppe: verschlechtert

negativ bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
42	Zunahme von Spannungen am Arbeitsplatz	6
65	Chronisch bestehende sexuelle Schwierigkeiten	6
26	Größere Veränderungen der Arbeitsbedingungen	5
63	Beginn sexueller Schwierigkeiten	5
71	Beginn von Spannungen mit dem Partner	5
39	Andere größ. berufl. Veränderungen d. Partners	4
116	Tod eines Elternteils	4
138	Isolation/Kein Freundeskreis	4
20	Neue Arbeitsstelle nicht im erlernten Beruf	3
73	Chronische Spannungen mit dem Partner	3
95	Beginn einer Trennung vom Elternhaus	3
97	Ende der Trennung von den Eltern	3
119	Schwere Erkrankung einer nahestehenden Person	3
140	Abnahme der Freizeitaktivitäten	3
41	Befürchtungen im beruflichen Bereich	2
53	Ende einer wichtigen asexuellen Freundschaft	2
59	Ende einer sex. Beziehung , d. zuätzlich zur Ehe bestand	2
62	Chronsich ohne Liebesbeziehung	2
98	Auszug aus dem Elternhaus mit Billigung der Eltern	2
118	Schwere Erkrankung des Befragten	2
123	Chron. Belastung d. Krankheit e. Fam.mitgliedes	2
127	Wohnungswechsel innerhalb d. selben Ortes	2
129	Einkommensverringerung	2
133	Chronische finanzielle Belastungen	2
135	Chronische Kontaktschwierigkeiten	2
142	Chronsich keine Freizeitaktivitäten	2
13	Befragte(r) kündigt Arbeitsplatz	1
14	Dem Befragten wird gekündigt	1
17	Verlust d. Arbeitsplatzes aus anderen Gründen	1
19	Neue Arbeitsstelle im erlernten Beruf	1
35	Partner ist in Ruhestand gegangen	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Zwangsneurose - Symptomverlaufsgruppe: verschlechtert

negativ bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
37	Beginn einer Berufstätigkeit d. Partners	1
44	Chronische Schwierigkeiten am Arbeitsplatz	1
64	Ende sexueller Schwierigkeiten	1
66	Beginn einer Trennung vom Partner aufgrund von Streit	1
91	Auszug e. Kindes geg. d. Wunsch d. Befragten	1
102	Hinzukommen eines Fam.mitgliedes (neutral-beliebt)	1
105	Beginn von Spannungen mit den Eltern	1
108	Beginn von Spannungen mit einem Fam.mitglied	1
117	Tod eines pers. nahestehenden Menschen	1
130	Beginn/Zunahme finanzieller Schwierigkeiten	1
134	Verringerung des Freundeskreises	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Zwangsneurose - Symptomverlaufsgruppe: verschlechtert

positiv bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
128	Einkommenserhöhung	5
20	Neue Arbeitsstelle nicht im erlernten Beruf	3
52	Beginn einer wichtigen asexuellen Beziehung	3
58	Beginn e. sex. Beziehung, zusätzl. zur Ehe	3
127	Wohnungswechsel innerhalb d. selben Ortes	3
13	Befragte(r) kündigt Arbeitsplatz	2
39	Andere größ. berufl. Veränderungen d. Partners	2
131	Ende finanzieller Schwierigkeiten	2
141	Zunahme der Freizeitaktivitäten	2
12	Erst-/Wiederaufnahme des Berufes	1
18	Arbeitslosigkeit	1
22	Beförderung/Größerer beruflicher Erfolg	1
24	Zunahme des Aufgabenbereiches	1
43	Abnahme der Spannungen am Arbeitsplatz	1
47	Heirat des Befragten	1
54	Beginn d. ersten Freundschaft m. sex. Kontakt	1
63	Beginn sexueller Schwierigkeiten	1
68	Ende einer Trennung vom Partner	1
90	Auszug des Kindes mit Billigung des Befragten	1
93	Ende von Spannungen mit den Kindern	1
97	Ende der Trennung von den Eltern	1
98	Auszug aus dem Elternhaus mit Billigung der Eltern	1
101	Auszug eines Fam.mitglieds mit Billigung des Befragten	1
112	Ende von Spannungen m. e. nahestehenden Person	1
125	Ortswechsel auf eigenen Wunsch	1
134	Verringerung des Freundeskreises	1
145	Erfolg bei gerichtlichen Belangen	1

Rangfolge der Ereignisse in den verschiedenen Symptomverlaufsgruppen

Zwangsneurose - Symptomverlaufsgruppe: verschlechtert

neutral bewertete Ereignisse

Fragebogen-Nr.	Ereignisart	Häufigkeit des Auftretens des Ereignisses
13	Befragte(r) kündigt Arbeitsplatz	2
59	Ende einer sex. Beziehung, d. neben d. Ehe bestand	2
118	Schwere Erkrankung des Befragten	2
27	Vorgesetztenwechsel	1
30	Beginn von Überstunden	1
38	Ende der Berufstätigkeit des Partners	1
39	Andere größ. berufl. Veränderungen b. Partner	1
52	Beginn einer wichtigen asexuellen Freundschaft	1
53	Ende einer wichtigen asexuellen Freundschaft	1
61	Vorübergehend ohne Liebesbeziehung	1
62	Chronisch ohne Liebesbeziehung	1
102	Hinzukommen eines Fam.mitgliedes(neutral-beliebt)	1
105	Beginn von Spannungen mit den Eltern	1
117	Tod eines pers. nahestehenden Menschen	1
119	Schwere Erkrankung eines Fam.mitgliedes	1
135	Chronische Kontaktschwierigkeiten	1
140	Abnahme der.Freizeitaktivitäten	1
142	Chronisch keine Freizeitaktivitäten	1
146	Mißerfolg bei gerichtlichen Belangen	1

Der Ereignisschwerpunkt in Beziehung zur Symptomatik

Alle Patienten

Faktor I

Richtung der Symptomveränderung	Anzahl Reihe %	mehr neg. Ereignisse	1 : 1	mehr pos. Ereignisse	Reihe gesamt
verbessert	1.	11 19,0	13 22,4	34 58,6	58 56,3
gleich	2.	9 37,5	5 20,8	10 41,7	24 23,3
verschlechtert	3.	17 81,0	2 9,5	2 9,5	21 20,4
	Reihe gesamt	37 35,9	20 19,4	46 44,7	103

Chi-Quad. = 26,25
FG = 4
p < 0,001

Faktor II

durchschnittl. Symptomniveau	Anzahl Reihe %	mehr neg. Ereignisse	1 : 1	mehr pos. Ereignisse	Reihe gesamt
niedrig	1.	2 5,0	10 25,0	28 70,0	40 38,8
mittel	2.	19 46,3	8 19,5	14 34,1	41 39,8
hoch	3.	16 72,7	2 9,1	4 18,2	22 21,4
	Reihe gesamt	37 35,9	20 19,9	46 44,7	103

Chi-Quad. = 32,25
FG = 4
p < 0,001

Der Ereignisschwerpunkt in Beziehung zur Symptomatik

Anorexia nervosa

Faktor I

Änderungsgruppe	Anzahl Reihe %	mehr negat. Ereignisse	1 : 1	mehr posit. Ereignisse	Reihe gesamt
verbessert	1.	2 8.2	3 12.5	19 79.2	24 63.2
gleich	2.	1 12.5	2 25.0	5 62.5	8 21.1
verschlechtert	3.	5 83.3	1 16.7	0 0.0	6 15.8
	Reihe gesamt	8 21.1	6 15.8	24 63.2	38 100.0

Chi-Quad. = 18,54
FG = 4
$p < 0{,}001$

Faktor II

durchschnittl. Symptomniveau	Anzahl Reihe %	mehr negat. Ereignisse	1 : 1	mehr posit. Ereignisse	Reihe gesar
niedrig	1.	1 5.0	3 15.0	16 80.0	2(52.0
mittel	2.	5 33.3	2 13.3	8 53.3	1! 39.5
hoch	3.	2 66.7	1 33.3	0 0.0	3 7.9
	Reihe gesamt	8 21.1	6 15.8	24 63.2	3E 100.(

Chi-Quad. = 10,16
FG = 4
$p < 0{,}05$

Der Ereignisschwerpunkt in Beziehung zur Symptomatik

Zwangsneurose

Faktor I

Änderungs-gruppe	Anzahl Reihe %	mehr neg. Ereignisse	1 : 1	mehr pos. Ereignisse	Reihe gesamt
verbessert	1.	9 25.5	10 29.4	15 44.1	34 52.3
gleich	2.	8 53.3	2 13.3	5 33.3	15 23.1
verschlech-tert	3.	12 75.0	1 6.3	3 18.8	16 24.6
	Reihe Gesamt	29 44.6	13 20.0	23 35.4	65 100.0

Chi-Quad. = 11,43
FG = 4
p 0,05

Faktor II

durchschnittl. Symptomniveau	Anzahl Reihe %	mehr neg. Ereignisse	1 : 1	mehr pos. Ereignisse	Reihe gesamt
niedrig	1.	1 5.3	6 31.6	12 63.2	19 29.2
mittel	2.	14 53.8	6 23.1	6 23.1	26 40.0
hoch	3.	14 70.0	1 5.0	5 25.0	20 30.8
	Reihe Gesamt	29 44.6	13 20.0	23 35.4	65 100.0

Chi-Quad. = 19,49
FG = 4
p 0,001

Faktor III

Symptomverläufe	Gruppen-Nr.	Mehr negat. Ereignisse	ca. 1 : 1	Mehr positive Ereignisse	Reihe Gesamt
Alle Werte der Symptomkurve sind kleiner oder gleich 2 2	1	2 8.3	3 12.5	19 79.2	24 27.6
Sowohl Werte der Symptomkurve kleiner 2 als auch Werte bis 3 2 bis 3	2	1 7.7	3 23.1	9 69.2	13 14.9
Sowohl Werte der Symptomkurve kleiner 2 als auch größer 4 2 und 4	4	2 14.3	5 35.7	7 50.0	14 16.1
Sowohl Werte der Symptomkurve kleiner 2 als auch größer 3 2 bis 4	3	3 15.8	7 36.8	9 47.4	19 21.8
Alle Werte der Symptomkurve mindestens 3 und mindestens ein Wert größer 4 3 und 4	6	3 27.3	7 63.6	1 9.1	11 12.6
Alle Werte der Symptomkurve mindestens 3 und kein Wert größer 4 3 bis 4	5	3 50.0	0 0.0	3 50.0	6 6.9
Chi-Quad. = 23,36 FG = 12 p 0,05	Kolumne Gesamt	14 16.1	25 28.7	48 55.2	87 100.0

Der Ereignisschwerpunkt in Beziehung zur Symptomatik

Anorexia nervosa und Zwangsneurose

Faktor IV

Symptomverlaufsgruppen	Gruppen-Nr.	Mehr negat. Ereignisse	ca. 1 : 1	Mehr posit. Ereignisse	Gesamt
Deutliche Verbesserung unabhängig vom Ausgangswert	1.	2 11.2	4 22.2	12 66.7	18 19.4
Verbesserung im niedrigen Symptombereich von 2 zu 0	2.	1 7.7	1 7.7	11 84.6	13 14.0
Verlauf ohne große Schwankungen im Bereich zwischen 0 und 2	3.	1 6.7	3 20.0	11 73.3	15 16.1
Verlauf ohne große Schwankungen mittlerer und hoher Symptomstärstärken	4.	4 33.3	4 33.3	4 33.3	12 12.9
Schwankender Symptomverlauf im niedrigen Symptombereich	5.	1 8.3	5 41.7	6 50.0	12 12.9
Schwankender Symptomverlauf im mittleren und hohen Symptombereich	6.	2 14.3	8 57.1	4 28.6	14 15.1
Deutliche Symptomverschlechterung	7.	4 44.4	2 22.2	3 33.3	9 9.7
Chi-Quad. = 23,55 FG = 10 p 0,01	Kolumne Gesamt	15 16.1	27 29.0	51 54.8	93 100.0

Mittelwerte der Ereignishäufigkeiten in verschiedenen Symptomverlaufsgruppen - alle Patienten

sämtliche nicht selegierte Ereignisse inkl. Spannungen/Schwierigkeiten, chronische Belastungen und symptombedingte Ereignisse

Anzahl der Pers.	Richtung der Symptomveränderung Faktor I	Anzahl der Ereign. total	Anzahl posit. Ereign.	Anzahl posit. Ereign. gewich.	Dauer posit. Ereign.	Dauer posit. Ereign. gewich.	Anzahl negat. Ereign.	Anzahl negat. Ereign. gewich.	Dauer negat. Ereign.	Dauer negat. Ereign. gewich.	Differenz pos.-neg. Ereignis.	Differenz pos.-neg. Ereignis. gewichtet	Dauer d. Differenz pos.-neg. Ereignis.	Dauer d. Differenz pos.-neg. Ereignis. gewichtet	
58	verbessert	17,2	9,5	32,3	30,6	107,6	6,5	20,2	20,6	62,9	2,9	12,1	9,9	44,7	MW
		6,8	4,7	15,9	13,7	51,0	2,8	9,8	13,4	49,7	4,6	16,8	22,3	82,5	SA
24	gleich	15,8	7,0	25,0	24,3	87,8	7,6	26,3	24,8	78,4	-0,6	-1,3	-0,4	9,5	MW
		5,9	3,6		16,0	61,5	5,5	23,8	17,8	64,9	7,0	30,7	27,6	102,0	SA
21	verschlechtert	12,7	3,6	13,4	14,5	51,9	7,7	29,9	34,1	121,3	-4,0	-16,5	-19,6	-69,4	MW
		5,7	2,4	9,2	13,4	55,9	4,0	18,4	19,0	78,7	3,6	16,6	26,9	112,9	SA

Anzahl der Pers.	durchschnittl. Symptomniveau Faktor II	Anzahl der Ereign. total	Anzahl posit. Ereign.	Anzahl posit. Ereign. gewich.	Dauer posit. Ereign.	Dauer posit. Ereign. gewich.	Anzahl negat. Ereign.	Anzahl negat. Ereign. gewich.	Dauer negat. Ereign.	Dauer negat. Ereign. gewich.	Differenz pos.-neg. Ereignis.	Differenz pos.-neg. Ereignis. gewichtet	Dauer d. Differenz pos.-neg. Ereignis.	Dauer d. Differenz pos.-neg. Ereignis. gewichtet	
40	niedrig	17,4	10,2	35,0	33,1	118,6	6,0	18,0	14,0	38,4	4,2	17,0	19,2	80,2	MW
		6,7	4,6	16,1	14,6	55,8	3,0	10,3	10,7	36,8	4,4	17,6	18,5	73,1	SA
41	mittel	16,3	7,0	24,6	23,2	82,0	7,9	26,9	28,2	89,5	-0,9	-2,3	-5,0	-7,5	MW
		6,6	4,2	14,4	13,1	50,0	4,5	19,7	15,0	56,5	6,0	24,3	23,8	81,7	SA
22	hoch	12,6	4,5	15,8	17,5	60,6	7,2	27,7	36,2	130,5	-2,8	-12,0	-18,7	-69,9	MW
		5,2	3,1	9,7	15,7	58,2	3,5	15,7	17,0	70,6	4,1	17,8	26,4	111,2	SA

Mittelwerte der Ereignishäufigkeiten in verschiedenen Symptomverlaufsgruppen - alle Patienten

nur objektive Ereignisse inklusive symptombedingter Ereignisse

Anzahl der Pers.	Richtung der Symptomveränderung **Faktor I**	Anzahl der Ereign. total	Anzahl posit. Ereign.	Anzahl posit. Ereign. gewich.	Dauer posit. Ereign.	Dauer posit. Ereign. gewich.	Anzahl negat. Ereign.	Anzahl negat. Ereign. gewich.	Dauer negat. Ereign.	Dauer negat. Ereign. gewich.	Differenz pos.-neg. Ereignis.	Differenz pos.-neg. Ereignis. gewichtet	Dauer d. Differenz pos.-neg. Ereignis.	Dauer d. Differenz pos.-neg. Ereignis. gewichtet	
58	verbessert	11,3 5,5	7,4 4,1	25,2 13,6	18,7 9,1	65,3 32,2	3,8 2,4	11,8 7,8	5,2 4,7	15,6 16,4	3,6 3,9	13,4 13,4	13,5 11,0	49,7 38,7	MW SA
24	gleich	10,0 5,1	5,3 3,0	19,4 11,4	15,2 10,0	56,8 41,8	4,7 4,8	16,4 20,5	6,4 5,7	20,8 21,6	0,6 6,1	3,0 26,5	8,8 11,3	36,0 47,5	MW SA
21	verschlechtert	7,1 4,7	3,1 2,3	11,7 9,2	11,1 11,2	38,6 46,1	4,0 3,3	16,1 14,1	9,6 9,5	35,8 35,3	- 0,9 3,2	-4,4 13,9	1,4 15,1	2,8 61,9	MW SA

Anzahl der Pers.	durchschnittl. Symptomniveau **Faktor II**	Anzahl der Ereign. total	Anzahl posit. Ereign.	Anzahl posit. Ereign. gewich.	Dauer posit. Ereign.	Dauer posit. Ereign. gewich.	Anzahl negat. Ereign.	Anzahl negat. Ereign. gewich.	Dauer negat. Ereign.	Dauer negat. Ereign. gewich.	Differenz pos.-neg. Ereignis.	Differenz pos.-neg. Ereignis. gewichtet	Dauer d. Differenz pos.-neg. Ereignis.	Dauer d. Differenz pos.-neg. Ereignis. gewichtet	
40	niedrig	12,0 5,5	8,1 4,1	27,5 14,0	20,3 10,1	71,7 36,5	4,0 2,6	12,2 9,0	4,4 4,3	13,3 15,1	4,1 4,1	15,3 15,3	16,0 10,4	58,3 38,2	MW SA
41	mittel	10,0 5,4	5,5 3,5	19,2 12,0	15,1 8,9	54,3 35,8	4,5 4,0	15,2 16,3	7,1 6,2	24,2 24,4	1,0 5,1	4,0 20,8	8,0 12,2	30,1 48,8	MW SA
22	hoch	7,1 4,2	3,6 2,6	13,0 8,5	11,2 9,9	39,4 40,1	3,5 3,0	13,6 13,1	8,5 8,7	28,8 31,5	0,05 3,7	-0,7 15,3	2,7 13,2	10,5 53,5	MW SA

Mittelwerte der Ereignishäufigkeiten in verschiedenen Symptomverlaufsgruppen - alle Patienten

nur objektive und nicht symptombedingte Ereignisse

Anzahl der Pers.	Richtung der Symptomveränderung **Faktor I**	Anzahl der Ereign. total	Anzahl posit. Ereign.	Anzahl posit. Ereign. gewich.	Dauer posit. Ereign.	Dauer posit. Ereign. gewich.	Anzahl negat. Ereign.	Anzahl negat. Ereign. gewich.	Dauer negat. Ereign.	Dauer negat. Ereign. gewich.	Differenz pos.-neg. Ereignis.	Differenz pos.-neg. Ereignis. gewichtet	Dauer d. Differenz pos.-neg. Ereignis.	Dauer d. Differenz pos.-neg. Ereignis. gewichtet	
58	verbessert	9,6 5,4	6,8 4,2	22,9 14,1	16,7 9,6	58,5 33,3	2,8 2,1	8,6 7,0	3,4 3,7	10,4 13,4	3,9 3,9	14,3 13,6	13,3 10,7	48,1 36,7	MW SA
24	gleich	6,7 3,7	4,3 3,1	16,2 11,7	12,5 10,4	47,4 41,5	2,4 1,7	8,2 6,4	4,0 3,8	12,0 10,6	1,8 3,4	8,0 13,6	8,5 9,7	35,4 39,9	MW SA
21	verschlechtert	5,4 4,1	2,5 2,0	9,3 7,5	9,0 11,2	32,6 46,1	2,9 2,9	11,0 11,1	7,3 9,1	25,9 34,0	-0,3 2,9	-1,8 12,1	1,8 14,1	6,8 59,5	MW SA

Anzahl der Pers.	durchschnittl. Symptomniveau **Faktor II**	Anzahl der Ereign. total	Anzahl posit. Ereign.	Anzahl posit. Ereign. gewich.	Dauer posit. Ereign.	Dauer posit. Ereign. gewich.	Anzahl negat. Ereign.	Anzahl negat. Ereign. gewich.	Dauer negat. Ereign.	Dauer negat. Ereign. gewich.	Differenz pos.-neg. Ereignis.	Differenz pos.-neg. Ereignis. gewichtet	Dauer d. Differenz pos.-neg. Ereignis.	Dauer d. Differenz pos.-neg. Ereignis. gewichtet	
40	niedrig	10,6 5,5	7,5 4,3	25,5 14,4	18,8 10,4	65,6 36,5	3,2 2,4	9,9 7,9	3,4 3,5	10,4 12,3	4,3 4,2	15,6 15,2	0,9 0,9	3,4 3,4	MW SA
41	mittel	7,2 4,0	4,3 3,4	16,9 11,4	13,1 8,6	48,1 34,4	2,5 1,7	8,3 6,5	4,7 4,9	15,3 18,5	2,2 3,5	8,6 12,4	8,4 10,9	32,9 43,0	MW SA
22	hoch	4,9 3,9	2,5 2,2	9,1 8,1	7,8 10,3	28,1 41,6	2,4 2,7	8,6 10,2	5,3 8,5	17,7 30,4	0,2 3,1	0,5 12,7	2,5 12,0	10,3 49,9	MW SA

Mittelwerte der Ereignishäufigkeiten in verschiedenen Symptomverlaufsgruppen - alle Patienten

Spannungen und Schwierigkeiten bzw. Intensivierung und Verbesserung von Beziehungen

Anzahl der Pers.	Richtung der Symptomveränderung **Faktor I**	Anzahl der Ereign. total	Anzahl posit. Ereign.	Anzahl posit. Ereign. gewich.	Dauer posit. Ereign.	Dauer posit. Ereign. gewich.	Anzahl negat. Ereign.	Anzahl negat. Ereign. gewich.	Dauer negat. Ereign.	Dauer negat. Ereign. gewich.	Differenz pos.-neg. Ereignis.	Differenz pos.-neg. Ereignis. gewichtet	Dauer d. Differenz pos.-neg. Ereignis.	Dauer d. Differenz pos.-neg. Ereignis. gewichtet	
58	verbessert	2,8 1,8	1,8 1,4	6,0 4,9	10,1 9,4	34,8 34,4	1,1 1,1	3,3 3,8	3,6 5,5	10,5 17,4	0,7 1,8	2,7 6,3	6,6 11,9	24,3 42,8	MW SA
24	gleich	2,4 2,1	1,4 1,3	4,7 5,1	7,5 9,7	25,6 35,0	1,0 1,1	3,6 4,0	3,2 5,1	10,1 16,7	0,3 1,3	1,0 5,8	4,3 8,5	15,5 34,7	MW SA
21	verschlechtert	1,8 1,4	0,4 0,6	1,3 2,0	2,9 4,5	10,4 17,1	1,4 1,4	6,1 7,2	4,5 5,2	20,0 26,9	-1,0 1,6	-4,8 7,8	-1,6 7,5	-9,5 33,6	MW SA

Anzahl der Pers.	durchschnittl. Symptomniveau **Faktor II**	Anzahl der Ereign. total	Anzahl posit. Ereign.	Anzahl posit. Ereign. gewich.	Dauer posit. Ereign.	Dauer posit. Ereign. gewich.	Anzahl negat. Ereign.	Anzahl negat. Ereign. gewich.	Dauer negat. Ereign.	Dauer negat. Ereign. gewich.	Differenz pos.-neg. Ereignis.	Differenz pos.-neg. Ereignis. gewichtet	Dauer d. Differenz pos.-neg. Ereignis.	Dauer d. Differenz pos.-neg. Ereignis. gewichtet	
40	niedrig	2,7 1,9	1,8 1,5	6,1 5,2	11,0 9,8	40,0 37,6	1,0 1,1	2,6 3,2	2,6 4,0	6,2 10,9	0,8 1,6	3,6 5,9	8,4 10,4	33,8 39,9	MW SA
41	mittel	2,5 2,0	1,4 1,3	4,6 4,3	6,3 7,1	20,9 25,0	1,2 1,3	4,3 5,3	2,7 4,0	9,5 14,5	0,2 1,6	0,4 6,7	3,6 8,2	11,4 30,3	MW SA
22	hoch	2,2 1,5	0,8 1,2	2,4 4,1	5,8 10,0	18,0 31,2	1,4 1,2	5,8 5,7	7,3 7,8	28,7 30,0	-0,6 1,9	-3,4 7,7	-1,6 13,0	-10,7 46,0	MW SA

Mittelwerte von Ereignishäufigkeiten in verschiedenen Symptomverlaufsgruppen - alle Patienten

Chronische Belastungen

Anzahl der Pers.	Richtung der Symptomveränderung **Faktor I**	Anzahl neg. Ereignisse	Anzahl neg. Ereignisse gewichtet	Dauer neg. Ereignisse in Monaten	Dauer neg. Ereignisse in Monaten gewichtet	
58	verbessert	1,3 1,0	3,9 3,6	10,6 10,1	31,4 35,5	MW SA
24	gleich	1,5 1,4	4,7 5,4	14,9 16,1	46,1 55,7	MW SA
21	verschlechtert	1,7 1,5	5,6 6,2	18,1 16,9	58,6 68,0	MW SA

Anzahl der Pers.	durchschnittliches Symptomniveau **Faktor II**	Anzahl neg. Ereignisse	Anzahl neg. Ereignisse gewichtet	Dauer neg. Ereignisse in Monaten	Dauer neg. Ereignisse in Monaten gewichtet	
40	niedrig	0,8 0,8	2,1 2,5	6,2 8,3	15,8 25,1	MW SA
41	mittel	1,8 1,1	5,5 4,2	17,0 13,3	50,4 46,7	MW SA
22	hoch	1,9 1,6	6,8 6,5	18,6 16,2	66,3 66,6	MW SA

Auszählung negativer Ereignisse nach dem Schwellenprinzip

Anorexia nervosa

Gewichtung 3 - 4 - 5 - 6

Ereigniskonstellation: nur objektive und nicht symptombedingte Ereignisse

Auswahl: nur schwerwiegende, negative Ereignisse

Niveau	Gesamt pro Symptomniveaugruppe	Anzahl der Personen, die	
		kein schwerwiegendes Ereignis erlebt haben	ein oder mehr schwerwiegende Ereignisse erlebt haben
niedrig	20	3	17
mittel	14	5	9
hoch	4	0	4
Anzahl der Personen	38	8	30

Chi-Quad.: 3.3 FG = 2 p 0,05

	Anzahl der Personen, die	
	weniger als 3 schwerwiegende Ereignisse erlebt haben	3 oder mehr schwerwiegende Ereignisse erlebt haben
	12	8
	11	3
	1	3
	24	14

Chi-Quad.: 4.0 FG = 2 p 0,05

Änderung	Gesamt pro Symptomänderungsgruppe	Anzahl der Personen, die	
		kein schwerwiegendes Ereignis erlebt haben	ein oder mehr schwerwiegende Ereignisse erlebt haben
verbessert	24	5	19
gleichbleibend	8	1	7
verschlechtert	6	2	4
Anzahl der Personen	38	8	30

Anzahl der Personen, die	
weniger als 3 schwerwiegende Ereignisse erlebt haben	3 oder mehr schwerwiegende Ereignisse erlebt haben
16	8
4	4
4	2
24	14

Fortsetzung: Auszählung negativer Ereignisse nach dem Schwellenprinzip

Anorexia nervosa

Gewichtung 4 - 5 - 6

Ereigniskonstellation: nur objektive und nicht symptombedingte Ereignisse

Auswahl: nur schwereigende, negative Ereignisse

Niveau	Gesamt pro Symptomniveaugruppe	Anzahl der Personen, die kein schwerwiegendes Ereignis erlebt haben	Anzahl der Personen, die ein oder mehr schwerwiegende Ereignisse erlebt haben	Anzahl der Personen, die weniger als 3 schwerwiegende Ereignisse erlebt haben	Anzahl der Personen, die 3 oder mehr schwerwiegende Ereignisse erlebt haben
niedrig	20	7	13	15	5
mittel	14	7	7	12	2
hoch	4	1	3	2	2
Anzahl der Personen	38	15	23	29	9

Chi-Quad.: 1.2 FG = 2 p 0,05

Chi-Quad.: 2.2 FG = 2 p 0,05

Änderung	Gesamt pro Symptomänderungsgruppe	Anzahl der Personen, die kein schwerwiegendes Ereignis erlebt haben	Anzahl der Personen, die ein oder mehr schwerwiegende Ereignisse erlebt haben	Anzahl der Personen, die weniger als 3 schwerwiegende Ereignisse erlebt haben	Anzahl der Personen, die 3 oder mehr schwerwiegende Ereignisse erlebt haben
verbessert	24	9	15	19	5
gleichbleibend	8	3	5	6	2
verschlechtert	6	3	3	4	2
Anzahl der Personen	38	15	23	29	9

Chi-Quad.: 0.3 FG = 2 p 0,05

Chi-Quad.: 0.4 FG = 2 p 0,05

Fortsetzung: Auszählung negativer Ereignisse nach dem Schwellenprinzip

Anorexia nervosa

Gewichtung 5 - 6

Ereigniskonstellation: nur objektive und nicht symptombedingte Ereignisse

Auswahl: nur schwerwiegende, negative Ereignisse

Niveau	Gesamt pro Symptomniveaugruppe	Anzahl der Personen, die	
		kein schwerwiegendes Ereignis erlebt haben	ein oder mehr schwerwiegende Ereignisse erlebt haben
niedrig	20	10	10
mittel	14	9	5
hoch	4	2	2
Anzahl der Personen	38	21	17

Chi-Quad.: 0.7 FG = 2 p 0,05

Anzahl der Personen, die	
weniger als 3 schwerwiegende Ereignisse erlebt haben	3 oder mehr schwerwiegende Ereignisse erlebt haben
18	2
14	0
4	0
36	2

Chi-Quad.: 1.9 FG = 2 p 0,05

Änderung	Gesamt pro Symptomänderungsgruppe	Anzahl der Personen, die	
		kein schwerwiegendes Ereignis erlebt haben	ein oder mehr schwerwiegende Ereignisse erlebt haben
verbessert	24	13	11
gleichbleibend	8	5	3
verschlechtert	6	3	3
Anzahl der Personen	38	21	17

Chi-Quad.: 0.2 FG = 2 p 0,05

Anzahl der Personen, die	
weniger als 3 schwerwiegende Ereignisse erlebt haben	3 oder mehr schwerwiegende Ereignisse erlebt haben
23	1
7	1
6	0
36	2

Chi-Quad.: 1.2 FG = 2 p 0,05

Auszählung negativer Ereignisse nach dem Schwellenprinzip

Zwangsneurose

Gewichtung 3 - 4 - 5 - 6

Ereigniskonstellation: nur objektive und nicht symptombedingte Ereignisse

Auswahl: nur schwerwiegende, negative Ereignisse

Niveau	Gesamt pro Symptomniveaugruppe	Anzahl der Personen, die		Anzahl der Personen, die	
		kein schwerwiegendes Ereignis erlebt haben	ein oder mehr schwerwiegende Ereignisse erlebt haben	weniger als 3 schwerwiegende Ereignisse erlebt haben	3 oder mehr schwerwiegende Ereignisse erlebt haben
niedrig	19	4	15	14	5
mittel	27	6	21	16	11
hoch	19	6	13	14	5
Anzahl der Personen	65	16	49	44	21

Chi-Quad.: 0.7 FG = 2 p 0,05

Chi-Qaud.: 1.5 FG = 2 p 0,05

Änderung	Gesamt pro Symptomänderungsgruppe	Anzahl der Personen, die		Anzahl der Personen, die	
		kein schwerwiegendes Ereignis erlebt haben	ein oder mehr schwerwiegende Ereignisse erlebt haben	weniger als 3 schwerwiegende Ereignisse erlebt haben	3 oder mehr schwerwiegende Ereignisse erlebt haben
verbessert	34	8	26	24	10
gleichbleibend	16	4	12	12	4
verschlechtert	15	4	11	8	7
Anzahl der Personen	65	16	49	44	21

Chi-Quad.: 0.1 FG = 2 p 0,05

Chi-Quad.: 1.9 FG = 2 p 0,05

Fortsetzung: Auszahlung negativer Ereignisse nach dem Schwellenprinzip

Zwangsneurose

Gewichtung 4 - 5 - 6

Ereigniskonstellation: nur objektive und nicht symptombedingte Ereignisse

Auswahl: nur schwerwiegende, negative Ereignisse

Niveau	Gesamt pro Symptomniveaugruppe	Anzahl der Personen, die kein schwerwiegendes Ereignis erlebt haben	Anzahl der Personen, die ein oder mehr schwerwiegende Ereignisse erlebt haben
niedrig	19	8	11
mittel	27	9	18
hoch	19	9	10
Anzahl der Personen	65	26	39

Chi-Quad.: 1.0 FG = 2 p 0,05

Anzahl der Personen, die weniger als 3 schwerwiegende Ereignisse erlebt haben	Anzahl der Personen, die 3 oder mehr schwerwiegende Ereignisse erlebt haben
14	5
22	5
16	3
52	13

Chi-Quad.: 0,7 FG = 2 p 0,05

Änderung	Gesamt pro Symptomänderungsgruppe	Anzahl der Personen, die kein schwerwiegendes Ereignis erlebt haben	Anzahl der Personen, die ein oder mehr schwerwiegende Ereignisse erlebt haben
verbessert	34	14	20
gleichbleibend	16	7	9
verschlechtert	15	5	10
Anzahl der Personen	65	26	39

Chi-Quad.: 0,4 FG = 2 p 0,05

Anzahl der Personen, die weniger als 3 schwerwiegende Ereignisse erlebt haben	Anzahl der Personen, die 3 oder mehr schwerwiegende Ereignisse erlebt haben
28	6
13	3
11	4
52	13

Chi-Quad.: 0.5 FG = 2 p 0,05

Fortsetzung: Auszählung negativer Ereignisse nach dem Schwellenprinzip

Zwangsneurose

Gewichtung 5 - 6

Ereigniskonstellation: nur objektive und nicht symptombedingte Ereignisse

Auswahl: nur schwerwiegende, negative Ereignisse

Niveau	Gesamt pro Symptomniveaugruppe	Anzahl der Personen, die	
		kein schwerwiegendes Ereignis erlebt haben	ein oder mehr schwerwiegende Ereignisse erlebt haben
niedrig	19	10	9
mittel	27	12	15
hoch	19	12	7
Anzahl der Personen	65	34	31

Chi-Quad.: 1.6 FG = 2 p 0,05

Niveau	Gesamt pro Symptomniveaugruppe	Anzahl der Personen, die	
		weniger als 3 schwerwiegende Ereignisse erlebt haben	3 oder mehr schwerwiegende Ereignisse erlebt haben
niedrig	19	18	1
mittel	27	23	4
hoch	19	18	1
Anzahl der Personen	65	59	6

Chi-Quad.: 1.7 FG = 2 p 0,05

Änderung	Gesamt pro Symptomänderungsgruppe	Anzahl der Personen, die	
		kein schwerwiegendes Ereignis erlebt haben	ein oder mehr schwerwiegende Ereignisse erlebt haben
verbessert	34	21	13
gleichbleibend	16	7	9
verschlechtert	15	5	10
Anzahl der Personen	65	33	32

Chi-Quad.: 3.8 FG = 2 p 0,05

Änderung	Gesamt pro Symptomänderungsgruppe	Anzahl der Personen, die	
		weniger als 3 schwerwiegende Ereignisse erlebt haben	3 oder mehr schwerwiegende Ereignisse erlebt haben
verbessert	34	32	2
gleichbleibend	16	14	2
verschlechtert	15	13	2
Anzahl der Personen	65	59	6

Chi-Quad.: 1.0 FG = 2 p 0,05

Anzahl der Ereignisse vor, während und nach der Symptomverbesserung N = 12 Personen

alle Ereignisse - alle Schweregrade

Beginn, Auftreten eines Ereignisses	Anzahl der Ereignisse vorher	simultan	nachher	
positives Ereignis	11	2	8	21
negatives Ereignis	5	5	9	19
	16	7	17	40

Chi-Quad.: 3.5 FG = 2 p > 0,05

nur objektive, nicht symptombedingte Ereignisse
alle Schweregrade

Beginn, Auftreten eines Ereignisses	Anzahl der Ereignisse vorher	simultan	nachher	
positives Ereignis	6	3	5	1
negatives Ereignis	3	1	3	
	9	4	8	2

Chi-Quad.: 0.2 FG = 2 p > 0,05

alle Ereignisse - Schweregrad 3 - 4 - 5 - 6

Beginn, Auftreten eines Ereignisses	Anzahl der Ereignisse vorher	simultan	nachher	
positives Ereignis	5	2	9	16
negatives Ereignis	5	5	6	16
	10	7	15	32

Chi-Quad.: 1.9 FG = 2 p > 0,05

alle Ereignisse - Schweregrad 4 - 5 - 6

Beginn, Auftreten eines Ereignisses	Anzahl der Ereignisse vorher	simultan	nachher	
positives Ereignis	4	2	6	12
negatives Ereignis	4	5	5	14
	8	7	11	26

Chi-Quad.: 1.2 FG = 2 p > 0,05

Anzahl der Personen, die schwerpunktsmäßig entweder mehr positive oder mehr negative oder gleich viel positive wie negative Ereignisse im Zusammenhang mit der Symptomverbesserung erlebt haben.

N = 12

Alle Schweregrade

	Anzahl der Personen, die mehr Ereignisse vor der Verbesserung erlebt haben	Anzahl der Personen, die gleich viel Ereignisse vor und nach der Verbesserung erlebt haben	Anzahl der Personen, die mehr Ereignisse nach der Verbesserung erlebt haben	
positive Ereignisse	4	5	3	12
negative Ereignisse	1	7	4	12
	5	12	7	24

Chi-Quad.: 2.3 FG = 2 $p > 0,05$

Schweregrad 3 - 4 - 5 - 6

	Anzahl der Personen, die mehr Ereignisse vor der Verbesserung erlebt haben	Anzahl der Personen, die gleich viel Ereignisse vor und nach der Verbesserung erlebt haben	Anzahl der Personen, die mehr Ereignisse nach der Verbesserung erlebt haben	
positive Ereignisse	2	7	3	12
negative Ereignisse	3	6	3	12
	5	13	6	24

Chi-Quad.: 0.3 FG = 2 $p > 0,05$

Herstellung: **profi-druck** GmbH
Adalbertstr. 10 RG
8000 München 40
(089) 39 07 27